



**Marta Sofia Batista  
Cardoso**

**CONTRIBUTOS DO DESIGN PARA ESPAÇOS  
DE ESPERA INFANTIL EM UNIDADES DE SAÚDE  
FAMILIAR**



**Marta Sofia Batista  
Cardoso**

**CONTRIBUTOS DO DESIGN PARA ESPAÇOS  
DE ESPERA INFANTIL EM UNIDADES DE SAÚDE  
FAMILIAR**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Design, realizada sob a orientação científica da Doutora Lúcia de Jesus Oliveira Loureiro da Silva, Professora Auxiliar do Departamento de Comunicação e Arte da Universidade de Aveiro e sob a co-orientação da Mestre Cláudia Regina de Silva G de Melo Albino, assistente convidada do Departamento de Comunicação e Arte da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor e carinho, por estarem sempre presentes, por me incentivaram em todos os momentos da minha vida, e pelos esforços dispensados para a minha formação. Dedico ainda a todos aqueles que contribuem diariamente para um mundo melhor das crianças.

## **o júri**

presidente

**Designer Francisco Maria Mendes de Seça da Providência Santarém**

Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Comunicação e Arte da Universidade de Aveiro

vogal

**Doutor Fernando Moreira da Silva**

Professor Associado da Faculdade de Arquitectura da Universidade Técnica de Lisboa

vogal

**Doutora Lúdia de Jesus Oliveira Loureira da Silva (Orientadora)**

Professora Auxiliar do Departamento de Comunicação e Arte da Universidade de Aveiro

vogal

**Mestre Cláudia Regina de Silva G de Melo Albino (Co-orientadora)**

Assistente Convidada do Departamento de Comunicação e Arte da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

A dissertação que apresento à Universidade de Aveiro espelha a vida dos que se cruzaram comigo e nela deixam também as suas marcas.

Agradeço à Professora Doutora Lúcia Oliveira, Professora Auxiliar do Departamento de Comunicação e Arte da Universidade de Aveiro pela orientação e à Mestre Cláudia Albino, assistente convidada do Departamento de Comunicação e Arte da Universidade de Aveiro pela orientação na parte de investigação do trabalho. Pelo privilégio de colaborar nos “Contributos do Design para espaços de espera infantil em Unidades de Saúde Familiar”. Agradeço a vossa compreensão e a partilha de saberes.

Aos professores que integram o grupo desta pesquisa, que, com uma imensa simpatia e disponibilidade, me abriram as portas das suas salas, contribuindo com as suas opiniões. Não posso deixar de mencionar as crianças da escola EB1 de Nogueiró e aos pais das mesmas, que contribuíram para este estudo. À educadora Alda Peixoto e à psicóloga Cristina Canelas pela oportunidade de comigo partilharem os seus inesgotáveis saberes.

Agradeço a todos que me apoiaram cientificamente em momentos tão decisivos e que tornaram possível a concretização deste trabalho.

Um agradecimento especial à minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão. Pela amizade, pelo apoio e disponibilidade em momentos decisivos deste percurso, e pela confiança que sempre manifestaram. Também por tudo o que me ensinaram.

Aos amigos e a todos aqueles que me acompanharam neste tão importante percurso, pela amizade.

Ao Francisco, que está sempre presente, pelo afecto, incentivo, companheirismo e disponibilidade.

## **palavras-chave**

Design, comunicação, espaço, saúde, criança, ludicidade, conforto, qualidade

## **resumo**

A sala de espera infantil, enquanto espaço de alguma permanência deve promover a qualidade e o conforto das crianças, contribuindo para o seu bem-estar, para a interacção, aprendizagem, ludicidade. O brincar é uma característica inata nas crianças e as actividades lúdicas propiciam o seu desenvolvimento emocional, físico, intelectual e social.

A doença é um desvio no percurso normal da vida de uma pessoa que conduz a um estado de insegurança, ansiedade e medo. As doenças e os ambientes de saúde interferem com as pessoas em geral, e em particular com as crianças dada a sua fragilidade emocional, a sua dependência dos pais, vulnerabilidade e mudança no seu estado habitual de saúde e rotina diária.

O período de tempo de espera por uma consulta médica é o tempo dispendido numa sala de espera, local onde é possível agir de forma intencional para que a criança desvie a sua atenção do motivo que a levou ao Centro de Saúde, suavizando o seu mal-estar e possíveis sentimentos negativos. A ida ao médico pode converter-se, assim, numa experiência mais positiva.

A investigação decorreu em torno desta problemática e foi desenvolvida através da análise crítica das salas de espera dos Centros de Saúde da cidade de Braga, espaços estes construídos de acordo com as normas definidas pelo Ministério da Saúde. As necessidades e os desejos das pessoas e crianças, identificadas neste trabalho, foram os elementos fundamentais para a avaliação das salas de espera infantis.

A análise foi realizada com base em conceitos como a percepção espacial, a interacção física e emocional do corpo com o espaço, através dos quais se procura compreender como as crianças vivem e constroem mentalmente os ambientes físicos.

Este estudo procura encontrar a estreita relação entre design, psicologia e promoção da saúde, de forma a criar um ambiente da qualidade e conforto nas Unidades de Saúde Familiar.

**keywords**

Design, communication, space, health, child, playfulness, comfort, quality

**abstract**

The children's waiting room as an area of some permanence must promote the quality and comfort of children, contributing to their well-being, for interaction, learning, playfulness. Playing is an innate characteristic in children, and recreational activities provide their emotional, physical, intellectual and social development.

The disease is a deviation in the normal course of life that leads a person to a state of insecurity, anxiety and fear. The diseases and health environments interfere with people in general and especially with children because of their emotional fragility, their dependence on parents, vulnerability and change in their usual state of health and daily routine.

The time to wait for a medical consultation is the time spent in a waiting room, place where is possible to act with intent for the child to divert their attention from the reason that led to the Health Center, softening his illness and possible negative feelings. A trip to the doctor can be converted in a more positive experience.

The research took place around this issue and was developed through a critical analysis of the waiting rooms of Health Centers in the city of Braga, spaces that were constructed according to the standards set by the Ministry of Health. The needs and desires of the people and children, identified in this work, were the key elements for the assessment of children's waiting rooms.

The analysis was based on concepts such as spatial perception, the physical and emotional interaction between body and space, through which it seeks to understand how children live and construct mentally the physical environment.

This study seeks to find the close relationship between design, psychology and health promotion in order to create an environment of quality and comfort in Family Health Units.

## índice de conteúdos

1.	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Relevância do trabalho.....	4
1.2	Questão de investigação.....	5
1.3	Objectivos gerais e específicos.....	5
1.4	Estrutura do trabalho.....	6
2.	METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	7
2.1	Procedimento metodológico.....	8
3.	DESIGN PARA A SAÚDE.....	10
3.1	O espaço.....	11
3.1.1	O espaço público.....	16
3.1.2	O espaço social.....	17
3.1.3	O espaço pessoal.....	18
3.1.4	As distâncias no ser humano.....	19
3.2	Percepção.....	21
3.2.1	Percepção do espaço.....	23
3.2.2	Percepção infantil.....	23
3.2.3	Percepção dos objectos.....	34
3.2.4	Receptores sensoriais.....	36
3.3	Interacção.....	40
3.3.1	Interacção do corpo no espaço.....	42
3.3.2	Interacção emocional.....	47
3.4	A saúde na criança.....	53
3.4.1	A criança.....	55
3.4.2	As actividades lúdicas.....	57
3.4.3	A criança e a doença.....	58
3.4.4	Espaços de saúde.....	60



4.	ESTUDO DE CASO.....	63
4.1	Enquadramento.....	68
4.1.1	Observação e análise.....	68
4.2	Questionários.....	69
4.2.1	Aos pais.....	69
4.2.2	Aos educadores e professores .....	73
4.2.3	Às crianças.....	80
4.3	Desenhos.....	82
4.3.1	Análise dos resultado.....	82
4.4	Entrevista.....	83
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
5.1	Limitações encontradas.....	88
5.2	Trabalho futuro.....	88
6.	BIBLIOGRAFIA.....	89

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	53
FIGURA 2 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	54
FIGURA 3 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	55
FIGURA 4 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	56
FIGURA 5 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	57
FIGURA 6 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	58
FIGURA 7 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	59
FIGURA 8 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	60
FIGURA 9 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	61
FIGURA 10 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga.....	62
FIGURA 11 - Cartaz na Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga I.....	64
FIGURA 12 - Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga I.....	64
FIGURA 13 - Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga I.....	64
FIGURA 14 - Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga II.....	65
FIGURA 15 - Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga II.....	65
FIGURA 16 - Sala de espera para consultas de saúde e vacinas de crianças no Centro de Saúde Braga II.....	66
FIGURA 17 - Equipamento existentes na sala de espera de espera para consultas de saúde e vacinas de crianças no Centro de Saúde Braga II.....	66
FIGURA 18 - Equipamento existentes na sala de espera de espera para consultas de saúde e vacinas de crianças no Centro de Saúde Braga II.....	66

FIGURA 19 - Sala de Espera Infantil da Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto.....	67
FIGURA 20 - Sala de Espera Infantil da Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto.....	67
FIGURA 21 - Sala de Pediatria do Hospital Privado de Boa Nova.....	69
FIGURA 22 - Sala de Pediatria do Hospital Privado de Boa Nova.....	69
FIGURA 23 - Sala de Pediatria do Hospital Privado de Boa Nova.....	69
FIGURA 24 - Sala de Pediatria do Hospital Privado de Boa Nova.....	69

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição do Impacto das salas de espera para os pais.....	75
GRÁFICO 2 - Percepção do pais quanto ao Tamanho, ao Conforto, à Temperatura e à Iluminação da sala de espera do respectivo Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar.....	76
GRÁFICO 3 - Tempo de espera aproximado das crianças pela consulta médica, na sala de espera do seu Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar.....	76
GRÁFICO 4 - Distribuição das opiniões dos Pais quanto às salas de espera infantis serem espaços lúdicos e educativos.....	77
GRÁFICO 5 - Preferência dos Pais pelo tipo de cores das salas de espera infantil.....	78
GRÁFICO 6 - Distribuição dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde dos professores inquiridos.....	79
GRÁFICO 7 - Impacto dos professores quando entram no respectivo Centro ou Unidade de Saúde.....	80
GRÁFICO 8 - Opinião dos professores sobre as cores das salas de espera do seu Centro ou Unidade de Saúde.....	80
GRÁFICO 9 - Importância dada ao conforto, pelos professores, nas salas de espera do seu Centro ou Unidade de Saúde.....	80
GRÁFICO 10 - Opinião dos professores quanto ao tamanho, temperatura e iluminação das salas de espera do seu Centro ou Unidade de Saúde.....	81
GRÁFICO 11 - Opinião dos professores quanto ao tempo de espera das crianças nas salas de espera dos Centros ou Unidades de Saúde.....	81
GRÁFICO 12 - Opinião dos professores sobre a construção de salas de espera infantis enquanto espaços lúdico-educativo.....	82
GRÁFICO 13 - Preferência pelas cores dos professores em salas de espera infantil de Centros ou Unidades de Saúde Familiar.....	83
Gráfico 14 - Distribuição por género.....	86
GRÁFICO 15 - Opinião das crianças sobre o tempo de espera da consulta médica.....	86
GRÁFICO 16 - Actividades das crianças enquanto esperam pela consulta médica.....	87

**ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1 - Inquérito realizado por meio de questionário, aos Pais.....	100
ANEXO 2 - Inquérito realizado por meio de questionário, aos Professores.....	101
ANEXO 3 - Inquérito realizado por meio de questionário, às crianças.....	103
ANEXO 4 - Guião da Entrevista.....	105

## 1. INTRODUÇÃO

O espaço público assim como a natureza e o conteúdo da interação social que nele têm lugar, exigem preocupações de ordem estética, e ainda cuidados a nível da qualidade<sup>1</sup> e excelência. “A melhoria da qualidade dos serviços públicos tornou-se imperativo social e estratégico.” (Domingues, 2004:7)

As pessoas dirigem-se aos espaços públicos de saúde regularmente por motivos de saúde ou rotina. Este processo causa sentimentos de ansiedade, insegurança e medo. O estado fisiológico debilitado e o tempo de espera acentuado pela consulta médica transmitem uma percepção negativa dos espaços de saúde às pessoas. “(...) As crianças não têm um espaço que seja seu, nem colectiva nem individualmente. Alguns adultos têm muita dificuldade em perceber, ceder, ou partilhar, o espaço com as crianças para que elas também possam organizá-lo, decorá-lo, vivê-lo, e senti-lo como seu” (Araújo, 2009: 103).

Os ambientes de saúde, as doenças, o sofrimento são factores que intereferem mais visivelmente com a criança por ser mais vulnerável e menos resistentes física, psicológica e emocionalmente e pelo facto de constituir uma mudança no seu estado de saúde e na sua rotina diária. As crianças são um grupo importante e estratégico na nossa sociedade, marcando-a permanentemente, e não devem ser esquecidas pelos adultos nos diferentes ambientes de construção. Elas experimentam o espaço de forma diferente dos adultos e por isso devem receber um “cantinho especial”.

Existem poucos espaços de saúde que demonstram preocupações com a construção de um espaço adequado para as crianças. No entanto, as instituições de saúde também prestam assistência às crianças e adolescentes e, por isso, faz-se necessário a preocupação pelo bem-estar deste público introduzindo salas onde as crianças possam aguardar pela consulta, pacientemente ou com actividades lúdicas e/ou pedagógicas.

Este é o espaço onde é possível agir de forma intencional de modo a desviar a atenção da criança do motivo que a levou à Unidade de Saúde, suavizando o estado de desconforto e os sentimentos negativos.

Para satisfazer as crianças e as pessoas que usam os espaços públicos de saúde há que distingui-los e primar pela qualidade e excelência.

<sup>1</sup> Qualidade é “um conceito abstracto e significa coisas diferentes para diferentes pessoas. Ela depende dos desejos de cada pessoa, dando ênfase à satisfação das necessidades e carências do consumidor”, de acordo com Lai (2003, in Ribeiro, 2007: 4); é “uma palavra polissêmica, plástica, que encerra virtualidades e positivities, expressa convergência de preocupações, permitindo a rápida construção de um consenso por criar a ideia de agregação em torno de compromissos comuns. (Esteban, 2008: 6); “Qualidade significa ir de encontro às necessidades do cliente.”, de acordo com Crosby, “Qualidade é adequação ao uso.”, de acordo com Juran, “Qualidade é aquilo que o cliente percebe quando sente que o produto ou serviço vai de encontro às suas necessidades e corresponde às suas expectativas.”, de acordo com Townsend (s/d in Paim, Nehmy, Guimarães, 1996: 1)

As salas de espera infantis devem promover a qualidade, o bem-estar e devem contribuir para a interacção, aprendizagem, ludicidade e desenvolvimento emocional, físico, intelectual e social das crianças. A ida ao médico pode converter-se, assim, numa experiência positiva.

As brincadeiras e os jogos permitem à criança observar o ambiente de maneira mais intensa; incentivar a memória; respeitar e entender a importância das regras, fundamental para as suas vidas e interagir com o ambiente e os objectos. Assim desenvolvem mais facilmente o senso de direcção, localização e de dimensão espacial.

A qualidade do espaço das salas de espera infantis em Unidades de Saúde, com o intuito de atender as necessidades das crianças é o objecto de estudo desta investigação.

A investigação que se centrou na problemática da qualidade do espaço das salas de espera infantis em Unidades de Saúde foi desenvolvida tendo em consideração as problemáticas da percepção; da representação e interpretação do espaço; da interacção física e emocional; de forma a perceber como a criança se relaciona com o meio, quais os seus sentimentos e comportamentos nas diferentes idades. Deste modo, procurou-se desenhar o enquadramento teórico necessário para enquadrar o estudo de caso que visa contribuir para uma proposta de conceptualização de uma sala de espera destinada às crianças com idades que compreendem os dois e os doze anos.

Entre os vários trabalhos sobre a percepção do espaço na criança, no âmbito deste trabalho desta-se a abordagem psicológica piagetiana (Piaget e Inhelder, 1993) que influenciou toda uma época pelo seu interesse em perceber o mundo da criança, o desenvolvimento mental da noção de espaço na criança como uma construção, onde existe interacção entre a percepção e a representação do espaço, assim como a do mundo. Através da teoria e conceitos desenvolvidos por Piaget consegue-se desenvolver uma compreensão acerca do momento em que a criança começa a ter a percepção de estar num espaço de saúde e numa sala de espera a partir dos dois anos de idade.

Os conceitos de qualidade, de conforto, de comunicação, de espaço, fundamentais para este estudo implicam o contributo da investigação desenvolvida por várias disciplinas como a Sociologia, a Psicologia, a Arquitectura e o Design.

O campo da psicologia oferece meios de compreensão da representação do espaço, quer nas diferentes interpretações sobre a relação das pessoas com o meio ambiente, quer nas diferentes formas de pensar o espaço e interpretar o resultado da construção que modelou o espaço (Rio, Duarte, Rheingantz; 2002: 89).

A arquitectura define a situação das pessoas e a sua relevância na forma do espaço arquitectónico. Para Lúcio Costa (2004) é a construção organizada do espaço em função da época, do local, do conhecimento prático e do objectivo do projecto.

“A arquitectura é antes de mais nada construção, mas, construção concebida com o propósito primordial de ordenar e organizar o espaço para determinada finalidade e visando determinada intenção. E nesse processo fundamental de ordenar e expressar-se ela revela-se igualmente arte plástica, poro do projecto quanto nos inumeráveis problemas com que se defronta o arquitecto (...)”, de acordo com Costa (1940 in IAB-RS- Instituto de Architectos do Brasil, 2002/2009)

O design é uma actividade desenvolvida pelo ser humano e para o ser humano, constitui uma interface nas relações estabelecidas entre o ser humano e o ambiente e procura a criatividade para destacar a comunicação. O papel do designer é criar projectos que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

“Sem dúvida que o design desempenhará sempre um papel mais importante nas nossas vidas no futuro quer gostemos quer não. (...) A minha esperança é a de que ele não se torne simplesmente um chavão comercial, mas que venha a definir algo que implique qualidade e melhoria”, de acordo com Marc Newson (Charlotte & Fiell, 2003: 126)

Perceber como o design pode contribuir para a qualidade das salas de espera em Unidades de Saúde Familiar, trouxe a necessidade de investigar quais as regras implementadas pelo Ministério da Saúde e quais as opiniões das pessoas relativamente a estes espaços.

As pessoas que frequentam os Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar devem ser ouvidas sobre como gostariam que estes edifícios e, nomeadamente, as salas de espera fossem projectadas, bem como o que lhes é mais importante no momento em que esperam pela consulta.

O campo de análise desta investigação é a sala de espera das crianças nos Centros e Unidades de Saúde da região de Braga. Braga ou Bracara Augusta é considerada uma das cidades mais jovens da Europa (considerada a cidade mais jovem da Europa em 1989), o que fundamenta o recorte do estudo empírico. Os Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Região de Braga devem estar mais sensibilizados à criação de salas de espera infantil contribuindo para o bem-estar das crianças.

Foram analisados dois Centros de Saúde na cidade de Braga: o Centro de Saúde Braga I Carandá e o Centro de Saúde Braga II Maximinos, juntamente com as respectivas Unidades de Saúde Familiar.

A análise foi efectuada através da observação directa dos espaços, de inquéritos, desenhos e entrevistas. Este estudo teve como objectivo avaliar as salas de espera infantis dos espaços de saúde e em simultâneo possibilitar a percepção das necessidades e desejos das pessoas.



A motivação para desenvolver este trabalho surge da convicção de que se faz necessário e urgente reflectir sobre os espaços infantis, de forma a promover através do design a qualidade destes espaços.

Pretende-se que os resultados da presente investigação sirvam de base para outros estudos, de forma a melhorar o planeamento de espaços lúdicos e educacionais para as crianças nas salas de espera das Unidades de Saúde Familiar, Centros de saúde, Hospitais, e todas as instituições de saúde com o intuito de atender as necessidades das crianças, bem como de criar espaços públicos com qualidade e excelência, que por si só exercem uma função pedagógica ao nível da fruição de espaços qualificados.

## **1.1 RELEVÂNCIA DO TRABALHO**

“Não é preciso estar preocupado como se faz e ensinar tudo à criança - é importante deixá-la explorar. O que ela faz é o que sabe, é o que quer fazer, não exigindo de si própria mais do que isso. Mas para que a criança se solte e sinta prazer na sua actividade, é evidente que é preciso criar-lhe um ambiente em que ela se sinta livre, de forma a poder estar à vontade e em liberdade, sem constrangimentos nem preconceitos.” (Araújo, 2009: 115)

As preocupações estéticas, os cuidados de qualidade dos espaços em ambiente de saúde, tem um papel central na influência dos comportamentos e sentimentos das pessoas e na contribuição do bem-estar.

Os ambientes de saúde, que prestam assistência infantil devem preocupar-se com os espaços dedicados às crianças. Os espaços e as Unidades de Saúde de Braga não apresentam na maioria dos casos, salas de espera dedicadas às crianças. As doenças são desvios no percurso normal da criança que pela sua vulnerabilidade e fragilidade física, psicológica e emocional afectam-na com mais intensidade. A doença provoca sentimentos negativos, ansiedade, medo e insegurança.

As crianças são um grupo social permanente e estratégico na sociedade e têm necessidades diferentes dos adultos, para tal, devem viver a sua infância com brincadeiras e actividades lúdicas e educativas.

O espaço físico influencia o comportamento e os sentimentos das pessoas. As salas de espera infantis podem contribuir para o bem-estar, para a felicidade, para a distração das crianças enquanto esperam pela consulta médica, pela vacinação, ou qualquer outro tratamento de enfermagem.

Conhecendo as necessidades físicas, psicológicas e sociais das crianças é importante criar salas de espera, onde o design contribua para um ambiente de qualidade que estimule o desejo, a curiosidade, a comunicação e o bom humor da criança com brinquedos, jogos, actividades lúdicas e educativas.

O tempo de espera de uma consulta ou tratamento, que normalmente é superior a 45 minutos, poderá ser atenuado através da qualidade do espaço que possibilitará à criança uma ocupação que contribua para o seu bem-estar. “O design deve oferecer às pessoas uma maneira de viver alternativa - deve responder às aspirações das pessoas em termos de bem-estar e felicidade”, de acordo com Christophe Pillet (Charlotte, Fiell: 234).

“Pesquisas realizadas com 469 pacientes (...) apontam que o tempo de consulta influencia a avaliação da qualidade dos serviços de saúde pelos usuários. O estudo, realizado pela administradora de empresas Cristiane Sonia Arroyo, também mostra que nenhuma das instituições pesquisadas, públicas ou privadas, conseguiu superar as expectativas dos pacientes com o atendimento, de acordo com Bernardes (2007, Agência USP de Notícias, 2009)

## 1.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Em que medida o design pode contribuir para melhorar a qualidade da sala de espera infantil? Como deve ser a sala de espera infantil?

## 1.3 OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Objectivos gerais:

- Contribuir para a definição do espaço de espera infantil em Unidades de Saúde Familiar, na perspectiva do Design;
- Sistematizar os contributos das áreas da psicologia, da educação, da arquitectura e do design, no que respeita às problemáticas da percepção, da representação e interpretação do espaço, da interacção física e emocional de forma a perceber como a criança se sente, relaciona e comporta nos espaços mediante as diferentes idades;
- Perspectivar o contributo do Design e das restantes áreas científicas (identificadas no objectivo anterior) para a promoção e implementação de espaços públicos de qualidade e excelência.

Objectivos específicos:

- Analisar os espaços de espera infantis em Unidades de Saúde Familiar, de modo a realizar uma análise crítica e reflexiva dos mesmos;
- Optimizar a aprendizagem das crianças com actividades lúdicas e pedagógicas nas salas de espera infantis de Unidades de Saúde Familiar;

- Contribuir para o desenho e criação de salas de espera infantis nas Unidades de Saúde Familiar que reflectam a identidade específica dos utentes entre os dois e os doze anos;
- Reflectir como o design pode contribuir para a qualidade destes espaços públicos de saúde - sala de espera infantil, transformando-a positivamente através de equipamentos, da comunicação e de um ambiente de qualidade;
- Reflectir como o design pode contribuir para o bem-estar das crianças, proporcionando-lhes o máximo de conforto e segurança;

## 1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

A dissertação está estruturada em 6 partes. A introdução apresenta os temas e a problemática que dá relevância ao estudo, justifica a opção do tema e dos objectivos gerais e específicos a atingir.

O “design para a saúde” corresponde ao enquadramento teórico que sustenta toda a investigação realizada. Este é dividido em quatro sub-capítulos dos quais fazem parte as problemáticas da percepção, da representação e interpretação do espaço, da interacção física e emocional, de modo a entender como é o relacionamento da criança com os espaços, quais os seus sentimentos e comportamentos dependendo das idades.

O espaço é interpretado e percebido de forma diferente pelas pessoas, de acordo com a idade e a realidade em que cada um vive. A percepção é um processo de interpretação da informação adquirida pelos órgãos sensoriais e que identifica os ambientes, os objectos e as situações. O desenvolvimento das crianças é afectado pela percepção. A interacção é uma acção que envolve contacto. Destaca-se neste trabalho a relação que a criança mantém com os objectos e com os espaços de saúde, nomeadamente nas salas de espera das Unidades de Saúde Familiar.

O “estudo de caso” destinou-se ao trabalho empírico. O campo de análise desta investigação são os Centros e Unidades de Saúde da região de Braga. Este capítulo apresenta a sistematização da observação realizada nas salas de espera das Unidades e Centros de Saúde da região de Braga e a análise crítica de dois Centros e respectiva Unidade. Apresenta ainda as opiniões, as necessidades, os desejos e expectativas dos Pais, Educadores, Professores e Crianças através da análise dos questionários e entrevistas realizadas.

As “considerações finais” reflectem todo o trabalho de pesquisa e observação. Indicam as limitações do estudo e perspectivam tópicos de investigação futura.

As referências bibliográficas foram consultadas essencialmente em livros, artigos e internet. Os anexos apresentam o guião dos questionários e o guião das entrevistas.

## 2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo procura contribuir para a construção de salas de espera infantil de qualidade, promovendo a qualidade das condições físicas e estéticas no momento da construção ou remodelação dos edifícios de saúde pública. A “qualidade” é o grau atribuído a um produto (objecto, serviços, pessoas, locais, organizações ou ideias) para atender satisfatoriamente às necessidades das pessoas. (Cunha, 2004: 60).

O trabalho tem como enquadramento teórico as problemáticas da qualidade das salas de espera em Unidades de Saúde Familiar e a partir de conceitos que envolvem a percepção infantil, a interacção do corpo da criança com o espaço, os sentidos, a ludicidade, pretende-se apresentar informação sobre como pode ser uma sala de espera infantil de excelência, que proporcione o máximo de conforto e bem-estar à criança.

No que diz respeito ao trabalho empírico centrou-se nos espaços de saúde pública da cidade de Braga - as Unidades de Saúde Familiar (USF) e os centro de saúde (CS) de forma a perceber que importância se dá à criança nestes ambientes. Estas instituições foram seleccionadas pelo facto de apresentarem sistemas de organização, atendimento, funcionamento diferentes e, pelo facto destes espaços serem acessíveis em termos de investigação e sensíveis à problemática em estudo. Foi escolhida a cidade de Braga por ser considerada uma das cidades mais jovens de Portugal.

Opta-se por uma metodologia com triangulação de fontes de informação, onde se deve referenciar a consulta de bibliografia, a observação dos espaços de saúde em estudo e a recolha de dados em contexto escolar, às crianças e respectivos pais e aos professores, enquanto utentes das Unidades de Saúde Familiar, através de entrevistas e inquéritos.

A observação do espaço foi complementada com as opiniões das crianças, pais e professores que contemplou aspectos qualitativos, estruturais, ambientais e estéticos como: a organização do espaço, o tamanho, a temperatura, a iluminação, a cor, a qualidade do equipamento, o conforto em salas de espera.

Os inquéritos possibilitam colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou problema (Quivy e Campenhoudt, 2008: 188).

O questionário “de administração indirecta” que realizei às crianças (Anexo 3), pais (Anexo 1), professores e educadores (Anexo 2) foi preenchido por mim de forma a registar as suas opiniões sobre o impacto da sala de espera dos Centros ou Unidades de Saúde, sobre o tamanho, temperatura, conforto e iluminação, a duração aproximada do tempo de espera pela consulta médica, a qualidade do equipamento, a existência de uma sala de espera infantil e a promoção das actividades lúdico-educativas.

Cada público-alvo recebeu um inquérito diferente mas com perguntas que abordavam o mesmo assunto. As perguntas foram elaboradas de modo claro e preciso, isto é, formuladas de forma a que pais, professores e principalmente as crianças fossem esclarecidos a respeito da pesquisa e as interpretassem da mesma maneira deixando posteriormente o seu contributo.

Procedeu-se, ainda, no âmbito desta investigação à recolha e interpretação de desenhos feitos pelas crianças para tentar entender como vêm a sala de espera do seu Centro ou Unidade de Saúde e como se colocam neste mesmo espaço - qual a dimensão da sala, da própria criança na sala, que cores utiliza, que objectos desenha, entre outros aspectos.

As entrevistas (Anexo 4) foram realizadas à educadora do Jardim de Infância Cangosta em Lameiras, Braga e à psicóloga da Escola Básica 2+3 Francisco-Sanches. O método da entrevista caracteriza-se pelo contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca directividade por parte daquele. (Quivy e Campenhoudt, 2008: 192). A entrevista semidirectiva ou semidirigida, tinha como suporte o guião da entrevista que me permitiu registar as percepções, as interpretações e experiências dos entrevistados.

O conceito que predomina nas reflexões teóricas é o da educação em saúde e design em saúde, como um processo teórico e prático que visa integrar os vários saberes, as várias disciplinas.

## 2.1 Procedimento Metodológico

Os espaços analisados foram o Centro de Saúde Braga I - Carandá e a respectiva Unidade de Saúde Familiar (Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto), no último piso do edifício e o Centro de Saúde Braga II - Maximinos e respectiva Unidade de Saúde Familiar, também no último piso.

Estes espaços de saúde são dependentes de três Administrações Regionais de Saúde, a Administração Regional de Saúde Norte da Sub-Região de Saúde de Braga (no edifício do Centro de Saúde Braga II), a Administração Regional de Saúde Braga (encontra-se no edifício do Centro de Saúde Braga I) e Administração Regional De Saúde do Norte.

Posteriormente realizaram-se os inquéritos. A amostra constituída teve como inquiridos, as crianças do 1º ciclo e do 3º ciclo da escola EB1 Nogueiró, os respectivos pais e os educadores e os professores de várias escolas de Braga, nomeadamente a escola EB1 Nogueiró, a escola EB2 Francisco Sanches, entre outras.

No contexto deste trabalho, o meio escolar foi o escolhido para a entrega dos inquéritos por meio de questionários de forma a recolher as opiniões, necessidades e desejos das pessoas, enquanto utentes, que frequentam os Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar.

As opiniões foram devidamente registadas em papel, por meio de notas, inquéritos e desenhos de crianças, não muito elaborados dado o curto espaço de tempo para a investigação, garantindo o anonimato das respostas.

Os questionários foram efectuados com o objectivo de recolher a perspectiva, os desejos, as necessidades dos inquiridos em espaços de saúde, nomeadamente nas salas de espera das Unidades de Saúde Familiar. As perguntas foram elaboradas de forma simples e inteligível.

Por meio do desenho foi possível a criança transmitir a sua experiência, na sala de espera do seu Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar. Este estudo contou com a participação de 23 alunos do 1º ano de escolaridade e 20 alunos do 3º ano de escolaridade da Escola EB1 de Nogueiró, em Braga. O seu contributo tornou o meu trabalho mais produtivo, divertido e fundamentado.

Foi realizado um estudo às crianças do 1º ciclo como forma de entender o processo de representação espacial infantil. Os períodos observados nestas crianças correspondem ao Período Pré-Operacional, que vai de dois a 6 anos de idade, e ao início do Período das Operações Concretas, que compreende a faixa etária de 7 a 12 anos.

Pediu-se às crianças que se imaginassem numa sala de espera do seu Centro de Saúde ou Unidade de Saúde. Esta imagem foi representada por meio de desenho pelas crianças no 1º ano, que compreende as idades entre os 5 e 6 anos; e as crianças do 3º ano de escolaridade com idades entre os 7 e 8 anos, o que constituiu um desafio para os mais pequenos pelas dificuldades que ainda possuem em representar algo que estão a imaginar. A imagem mental de cada criança foi então passada para o papel. O desenho no fim traduziu a ideia que eles tinham das salas de espera em ambientes de saúde.

Este estudo foi ainda acompanhado por 4 perguntas simples. O questionário às crianças procurava registar o tempo de espera pela consulta médica; o que fazem enquanto esperam; com quem esperam; se gostavam de ter uma sala de espera só para eles e outras crianças, para brincarem jogarem e lerem enquanto aguardam a consulta.

A entrevista foi realizada a uma educadora e a uma psicóloga, especializada em psicologia infantil de forma a recolher os seus conhecimentos e experiências com as crianças. A entrevista permitiu retirar algumas conclusões sobre os comportamentos e necessidades das crianças que ajudaram a formular as considerações finais.

Christophe Pillet (2003) afirma que o design vai deixar de se preocupar com as soluções ligadas à função, à técnica, à ergonomia, à economia e estética dos objectos ou serviços, para se dedicar ao bem-estar das pessoas criando ambientes com qualidade: “Libertando-se dos sistemas que o geraram, o design funcionará numa escala mais global em estilos de vida alternativos e inovadores, em cenários imaginados orientados pelo desejo de um melhor estilo de vida” (Charlotte, Fiell, 2003: 138).

O design tornou-se um fenómeno global e indispensável. Cada vez mais as pessoas e os fabricantes reconhecem e implementam o design como uma forma de distinção a aquisição de vantagem competitiva. Os produtos de design dão forma a uma cultura material mundial e influenciam a qualidade do ambiente e da nossa vida diária. “A importância do design não pode, por isso, ser subestimada” (Charlotte, Fiell; 2005: 11)

Pensar o design como uma actividade apenas ligada ao campo da estética é um dos grandes problemas da nossa sociedade. O design facilita a utilização dos objectos, garante a qualidade, o conforto e a segurança, por norma, de todos os objectos e espaços. Optimizar a capacidade comunicativa dos objectos, dos cartazes, proliferar as mensagens visuais, organizar os espaços pode melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O design é uma disciplina que também se dedica à criação de ambientes para as crianças e é orientada pelo desejo de uma melhor qualidade de vida dessas mesmas crianças.

Os projectos de design têm de ser grande qualidade, têm de satisfazer a necessidade das pessoas, têm de gerar sentimentos positivos e paz - criar condições essenciais ao bem-estar, à felicidade, à estabilidade emocional através do ambiente e dos objectos nele inseridos. O design deve responder às necessidades técnicas, funcionais e culturais e criar soluções inovadoras que comuniquem significado e emoção e que transcendam idealmente as suas formas, estrutura e fabrico.

Este trabalho baseia-se em pesquisas ligadas à criança e aos ambientes de saúde no sentido de compreender como a prática do design numa sala de espera em ambiente de saúde pode influenciar comportamentos e percepções.

Os estudos baseados na filosofia e na psicologia também servem de base para entender as alterações das emoções e dos sentimentos das crianças perante esses mesmos espaços.

O termo designer significa, por isso, profissional de projecto, seja industrial ou de produto ou ainda de arquitectura. O designer aqui é visto como o profissional que planeia, concebe e desenvolve um produto ou serviço de forma a melhorar as relações humanas com esses ambientes, contribuindo para a qualidade do espaço. Os designers “acreditam que o objectivo principal do design é o de tornar a vida das pessoas melhores”. (Charlotte, Fiell; 2005: 13)

### **3. DESIGN PARA A SAÚDE**



Falar de design é, também, falar de comunicação. O design pode proporcionar melhor comunicação, pode melhorar a relação entre as pessoas.

Nesta dissertação o design deve facilitar a relação entre as pessoas e as crianças, entre pais e filhos, entre doentes e médicos, e ainda a relação das pessoas com os objectos e os ambientes.

O processo de design ajuda a explicar as decisões e estratégias que levam a um ambiente aparentemente confuso. Ajuda ainda a identificar os pontos nos quais as mudanças são mais viáveis com o fim de definir as necessidades entre as pessoas que dividem o mesmo ambiente: médicos, enfermeiros, funcionários, pacientes e visitantes (ou acompanhantes).

### 3.1 O ESPAÇO

“O espaço não é objecto de visão mas objecto de pensamento” de acordo com Merleau-Ponty (1989, in Paula, 2003: 1)

Tudo é espaço, tudo está no espaço. O estudo do espaço torna-se complexo na medida em que pode ser analisado de diferentes pontos de vista. Começamos pelos aspectos gerais ligados ao espaço e pela sua definição.

Espaço é um termo que pode ser aplicado a uma porção, a uma distância entre duas coisas, por exemplo, um espaço de dez metros entre duas mesas. O espaço pode ainda ser um conceito aplicado a uma grandeza temporal, por exemplo, no espaço de um mês. É, por isso, um termo abstracto, mais abstracto do que o de “lugar”, segundo Tuan e o seu conceito difere de cultura para cultura, pelo que as pessoas possuem valores e crenças diferentes, pensam e vivem o seu mundo de forma distinta.

“Na experiência, o significado de espaço frequentemente se funde com o de lugar. Espaço é mais abstracto que lugar. O que começa como espaço indiferenciado transforma-se em lugar à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor. [...] Se pensamos no espaço como algo que permite o movimento, então lugar é pausa; cada pausa no movimento torna possível que a localização se transforme em lugar” (Tuan, 1983: 6).

Yi-Fun Tuan (1983) constrói a noção de *topofilia* que é o vínculo afectivo entre as pessoa e o ambiente.

Segundo o autor, apesar de ser um conceito difícil de interpretar é facilmente identificado nas experiências com o meio. O espaço é ocupado pelas pessoas. As pessoas mantêm uma relação com o espaço, ocupando-o materialmente e produzindo sentidos e afectos. Este espaço não é passageiro mas um espaço com pausa.



O lugar para Tuan é uma construção do homem. Todo o lugar é um espaço, mas o espaço é apenas o potencial de um lugar. É ao movimento que Tuan (1983: 132) atribui a construção do nosso sentido de espaço. O que começa como espaço vai-se transformar em lugar à medida que o conhecemos e atribuímos valor. Ou seja, para Tuan, o espaço transforma-se em lugar quando recebe definição e significado.

Percebe-se que cada um de nós interpreta o espaço, de acordo com a realidade em que vivemos. O espaço vivenciado é reflectido nas percepções das pessoas. E esse parâmetro justifica a necessidade de compreender as acções de cada um, pois cada pessoa tem uma percepção diferente de acordo com o espaço vivido.

Assim, as maneiras de dividir um espaço variam de acordo com a complexidade e bom gosto, assim como as técnicas de avaliar o tamanho e a distância. Contudo existem certas semelhanças culturais comuns, que advêm basicamente do facto do homem ser a medida de todas as coisas.

Os princípios fundamentais da organização espacial baseiam-se nos resultados da experiência íntima do homem com o seu corpo, com as outras pessoas, e com o espaço, organizando assim o próprio espaço mediante as suas necessidades biológicas e as relações sociais. Mas tão importante como o espaço que visualizamos é tudo aquilo que ele nos proporciona. Ou seja, a percepção do espaço não se baseia só no que vemos mas também no que ouvimos, cheiramos e sentimos.

“A organização do espaço e a constituição de lugares são no interior de um mesmo grupo social, uma das paradas em jogo e uma das modalidades das práticas colectivas e individuais” (Augé, 2005: 46)

Neste estudo, as componentes espaciais, ou seja a relação que cada criança mantém com o espaço e o modo como cada criança transforma um espaço público, espaço comum a todos, no seu próprio espaço (temporariamente) identificando-se com ele têm especial destaque.

Focalizou-se o presente estudo na teoria da interacção e percepção de Hall (1986) no sentido de compreender a posição da criança num espaço de saúde.

Para Edward T.Hall (1986) o espaço existe por si só, mas quando se reflecte sobre o espaço, discute-se a forma como nos sentimos em relação a ele. O espaço comunica e o modo como se percebe e se faz uso dele traduz uma importância na compreensão dos comportamentos culturais das pessoas.

O que Hall pretende transmitir é que os povos com culturas diferentes vivem em mundos sensoriais diferentes, o que faz com que a forma como se experimenta e percebe o espaço varie de cultura para cultura.

Segundo o autor, o conjunto das relações que as pessoas conservam com o espaço e o modo como transformam um espaço comum no seu próprio espaço, identificando-se com ele, são temas de proxêmica. Todas as relações inscritas no espaço, as formas espaciais estão situadas num determinado tempo e têm um lugar na história. Hall defende que o homem criou uma dimensão cultural e a proxémia faz parte desta nova dimensão. A dimensão cultural coloca o homem em permanente equilíbrio dinâmico.

“Proxêmica é um neologismo que criei para designar o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico” (Hall, 1986: 11).

A percepção e interpretação do espaço é muito complexa. Hall (1986) associa o espaço a uma “linguagem” da qual a pessoa não se apercebe quando comunica. Todas as actividades humanas são efectuadas num certo espaço, o que faz com que Hall acentue o espaço e a comunicação, cujo significado ocorre dos esquemas culturais, sociais e morais pertencentes à pessoa. O autor ao agrupar os conceitos espaço, cultura e comunicação desenvolve determinadas dimensões, nomeadamente a dimensão do espaço sensorial ou a forma de se receber a realidade cultural.

Segundo o autor fazem parte das **dimensões espaciais** os “receptores à distância” - o espaço visual, auditivo e olfactivo; e os “receptores imediatos” - a pele e os músculos. Também a **dimensão antropológica do espaço**, que distingue o espaço de organização fixa ou rígida - cidades, aldeias, casas e o modo como estão organizados e divididos os materiais; o espaço de organização semi-fixa ou semi-rígida - os móveis, a acessibilidade e a manipulação dos objectos; e o espaço informal - distâncias entre as pessoas quando estas comunicam entre si. Por último a **dimensão da distancia pessoal** que determina as relações existentes entre as pessoas. Hall refere que os dados sensoriais de ordem olfactiva, táctil, visual, quinestésica e auditiva são indispensáveis ao Homem, tanto a nível racional como espacial.

A exploração que o Homem faz do espaço processa-se pelo relacionamento do corpo e da razão. O nosso corpo e nosso cérebro actuam como receptores das nossas sensações. As relações do corpo de uma pessoa com o espaço permitem-nos explorar e perceber o espaço. Esta interacção do Homem com o espaço é um fenómeno inconsciente e dinâmico.

Estudar a percepção da criança numa sala de espera de uma Unidade de Saúde Familiar envolve a relação do corpo da criança com a sala de espera, como ela se adapta, como se sente e vive esse mesmo espaço.

Assim, “é pela exploração e interacção do nosso corpo-mente (espaço situado) com o meio (corpo situado) que a nossa percepção espacial é processada.” (Paula, 2003: 49).

Segundo Hall (1986), foi Hediger quem observou as diversas distâncias que as aves e mamíferos apresentam entre si e com o próprio território. “Hediger, classificou-as em distância de fuga, distância crítica e distâncias pessoal e social.” (Hall, 1986: 133). Hall afirma que o ser humano também observa distâncias nas relações com os outros e com o ambiente, nomeadamente, a distância pessoal e social. Estas são o resultado de modificações sensoriais tais como a intensidade da voz, o sussurrar, o grito cujos exemplos são referidos por Hall (1986). Segundo o autor o ser humano sente a distância de forma semelhante à dos outros animais.

Hall menciona que o comportamento de territorialidade faz parte da natureza das espécies vivas - dos animais e em particular do Homem.

Neste comportamento o Homem, tal como os animais, utilizam os sentidos para diferenciar as distâncias e os espaços. As distâncias escolhidas dependem das relações entre as pessoas, dos sentimentos, das vivências, da cultura, dos valores morais, sociais de cada pessoa envolvida numa certa situação. Todos os sentidos ajudam na interface com a realidade. Pela harmonia de todos os sentidos, podemos apreender o espaço.

“(…) Tudo o que homem faz e é está ligado à experiência do espaço. O nosso sentimento do espaço resulta da síntese de numerosos dados sensoriais, de ordem visual, auditiva, quinestésica, olfactiva e térmica. Não é possível fugirmos, portanto, do facto de os indivíduos educados no interior de culturas diferentes viverem também em mundos sensoriais diferentes.” (Hall, 1986: 205)

O autor, que estudou as relações entre comportamento e espaço dividiu-as em três níveis proxémicos: infracultura, pré-cultural e micro-cultural. Este último é aquele onde se situa a maior parte das observações de proximidade e onde se distinguem três aspectos do espaço mediante a organização seja rígida, semi-rígida ou “informal”. Esta organização é feita com o objectivo de determinar a forma como os espaços são avaliados pelas diferentes culturas.

Assim, **o espaço de organização fixa** de Hall está ligado às “actividades dos indivíduos e dos grupos” (Hall, 1986: 121). São exemplo os edifícios da construção humana e o interior de uma casa. Alguns dos aspectos de carácter fixo só são visíveis se repararmos no comportamento das pessoas nos espaços onde se encontram. Segundo Hall, a organização das aldeias, das pequenas e grandes cidades têm um sentido resultante de um plano intencional que varia consoante a história e a cultura de cada lugar. A disposição do interior de uma habitação foi determinada recentemente pelos europeus e americanos. As divisões não tinham funções concretas nas casas, não existiam espaços privados ou especializados e as pessoas estranhas ou da casa entravam e saíam à vontade.

No século XVIII esta estrutura mudou, as divisões foram organizadas e a estrutura familiar começou a estabilizar-se.

No entanto, Hall revela que os árabes estão habituados a viver em grandes casas e com grandes espaços em cada compartimento; os americanos estão acostumados ao plano em xadrez, sentindo-se confusos com outras estruturas; os japoneses interessam-se por intersecções, esquecendo-se das linhas que as determinam (no Japão são os cruzamentos que têm nome em vez das ruas). O autor relata que, por norma, os arquitectos preocupam-se com a organização visual e por isso não se apercebem que o homem carrega consigo esquemas internos de espaço de estrutura fixa, contraídos em criança.

Assim, “é essencial compreender que o espaço de carácter fixo constitui o molde que afeiçoa uma boa parte do comportamento humano”. (Hall, 1986: 125).

“Um sentido correcto de orientação no espaço encontra-se ancorado no mais profundo do ser humano. Este tipo de conhecimento liga-se, em última análise, à sua própria vida e à sua saúde mental. Estar desorientado no espaço é uma alienação” (Hall, 1986: 124).

Esta afirmação de Hall sublinha o quanto o espaço e a sua apreensão é um factor estruturante para a qualidade de vida, nomeadamente, a qualidade de vida psíquica das pessoas.

**O espaço de organização semi-fixa**, e o comportamento humano têm uma grande ligação. Hall (1986) faz referência no capítulo “a antropologia do espaço: um molde de organização”, a Humphry Osmond, um médico reputado que foi encarregue de dirigir um centro de investigações médicas. Ele notara que certos espaços, como as salas de espera das estações impedem as relações entre indivíduos - chamou-lhes espaços sociófugos. Outros, por oposição, como as esplanadas dos cafés promovem o contacto - chamou-lhes sociópetos. Osmond reparou ainda que o pessoal do hospital preferia um espaço sociófugo porque eram mais fáceis de manter em ordem as cadeiras e outros equipamentos.

Assim, conclui-se que as observações em meio hospitalar não são universalmente aplicáveis, um elemento sociófugo numa cultura pode ser sociópeto na outra. O que se pretende em qualquer cultura, em qualquer espaço é a flexibilidade e a coerência do espaço mediante as pessoas, as ocasiões, os espaços, as culturas.

Por último, existe o **espaço informal**, que procura compreender as distâncias praticadas nas relações com os outros. Refere-se à proximidade física entre duas pessoas num ambiente interpessoal. O autor destaca que muitas das conversas interpessoais do quotidiano ocorrem no espaço informal, mas o

uso deste espaço depende da cultura de cada pessoa. Por exemplo, dois chineses em conversação precisam de mais distância interpessoal. Estes espaços relacionais influenciam as pessoas, as suas atitudes, os seus comportamentos e a forma como se percebem e percebem o mundo.

### 3.1.1 O ESPAÇO PÚBLICO

Já na civilização Grega quase tudo era realizado ao ar livre - o culto, os teatros, os jogos, os mercados e as assembleias. A cidade de Atenas era caracterizada pela Acrópole, a parte alta da cidade onde existiam os templos; pela Astu, a parte baixa da cidade onde se trocavam relações de ordem comercial e a Ágora, o centro da cidade com função social e política, que dava origem a discussões, debates, festas e assembleias. A cidade era um todo, sem áreas segregadas e dividia-se em três zonas: o privado, o sagrado e o público. As reuniões políticas, as manifestações desportivas em estádios, por exemplo e os teatros eram realizados no espaço público.

Angelo Serpa (2007) diz-nos em *O espaço público na cidade contemporânea* que, o espaço público é o espaço onde se dá a acção política. Apesar do espaço público ser comum a todos são poucas as pessoas que tiram partido dele. É no espaço público, por meio de discursos, que o homem entra em acção, comunica, partilha interesses e ideias.

Serpa diz que o que é público diz respeito a uma acessibilidade generalizada e irrestrita. O espaço público é um espaço acessível a todos deve significar algo mais do que o simples acesso físico a espaços abertos e de uso colectivo. Segundo Serpa o espaço público “é visto, ainda, como espaço simbólico, da reprodução de diferentes ideias de cultura, da intersubjectividade que relaciona sujeitos e percepções na produção e reprodução dos espaços banais e quotidianos”. (Serpa, 2007: 9)

Angelo Serpa (2007) faz ainda referência aos estudiosos do espaço público, entre eles, Hannah Arendt e Jürgen Habermas. A primeira filósofa define espaço público como um lugar que proporciona a acção política e a expressão “de modos de subjectivação não identitários, em contraponto aos territórios familiares e de identificação comunitária”; para Habermas, o espaço público seria o lugar comunicativo, “o domínio historicamente constituído da controvérsia democrática e do uso livre e público da razão” (Serpa, 2007: 16). Segundo Habermas, o espaço público refere-se à geografia da esfera pública, ou seja, ao lugar onde as pessoas se encontram e discutem assuntos do interesse público.

Os espaços públicos influenciam e incentivam a relação do homem com o próprio espaço.

### 3.1.2 O ESPAÇO SOCIAL

“O espaço social que para Bourdieu (1990) funciona como um 'espaço de estilos de vida', onde deve ser valorizada cada acção individual.” (Santos, 1998: 1)

O conceito de espaço social é actualmente utilizado em sociologia para designar sobretudo o campo das inter-relações sociais. Todo o sistema de relações inscreve-se num espaço em que se associam o “lugar”, o “social”, o “cultural”. (Fernandes, 1992).

A representação do Homem é uma construção social, uma representação do lado social que o identifica: “o social começa com o indivíduo; o indivíduo releva do olhar antropológico” (Augé, 2005: 20, 21).

O Homem é caracterizado como um ser humano quando está inserido num grupo social. O social é criado a partir do momento em que dois ou mais indivíduos se aproximam. É a partir do convívio com os outros que ele actualiza caracteres geneticamente recebidos. Como diz Henri Wallon (1946) “o indivíduo é essencialmente social. É-o, não em consequência de contingências exteriores, mas em consequência de uma necessidade íntima. É-o geneticamente”. Esta visão do Homem foi criticada na época, mas foi confirmada posteriormente com estudos. Hoje podemos dizer que existe uma predisposição genética para a sociabilidade.

A criança desde pequena que se mostra aberta às relações, nasce disposta para se relacionar socialmente. As crianças são um grupo com características e necessidades sociais específicas. (Sílvia Saramago, 1994: 151) Elas desenvolvem-se no convívio humano, aprendendo a melhor forma de se comportarem a partir de modelos e normas que a sociedade exige que sejam aceites e integradas.

A educação familiar, a aprendizagem na escola e em outras instituições são processos que a comunidade se aproveita e levam as pessoas a socializarem, ou seja, a adaptarem-se a costumes e normas da sociedade.

“Um grupo é considerado 'silencioso' porque se encontra socialmente atrofiado pela dificuldade ou incapacidade relativas de transmitir o modo específico de perceber o ambiente físico e social que o rodeia, bem como de expressar, de forma inteligível para a produção social de sentido dominante, as suas necessidades específicas, enquanto grupo social particular.” (Saramago, 1994: 154)

Sílvia Saramago (1994) no seu artigo *As identidades da infância: núcleos e processos de construção das identidades infantis* faz referência à “característica silenciosa” que David Sibley atribui a determinados grupos sociais como relação de subordinação perante o grupo dominante. O estudo de Sílvia revela que as

crianças exprimem determinadas necessidades particulares de apropriação e acção sobre os espaços físico-sociais que as rodeiam. São estas necessidades específicas que fazem do grupo infantil um grupo silencioso:

Assim o grupo dos adultos é considerado socialmente dominante do espaço físico e social comum e o grupo das crianças revela modos específicos de percepção do espaço envolvente e social. A infância é vista para Sibley como um grupo silencioso em relação à forma própria de perceber e construir a realidade social que a rodeia.

### 3.1.3 O ESPAÇO PESSOAL

O espaço pessoal é como que o espaço que nos envolve, é o “nosso território” e está sempre a acompanhar-nos.

Robert Sommer define espaço pessoal como uma “área com limites invisíveis cercando o corpo de uma pessoa na qual intrusos não são permitidos” (Sommer, 1969: 26). Ou seja, o espaço pessoal pode ser definido como uma fronteira invisível que nos envolve.

O espaço pessoal acompanha as pessoas para onde quer que elas se desloquem. Este espaço não é meramente particular, mas interpessoal. Este espaço só existe na interacção social.

O espaço pessoal regula a distância entre as pessoas quando interagem e comunicam entre si, estando por isso relacionado com a comunicação e também com a protecção ao ajustar as distâncias e a quantidade de estímulos trocados. A distância que se mantém com os outros determina os sentidos de comunicação a destacar - o olhar, o cheiro, o toque, a fala.

A distância pessoal transmite a intimidade das acções dos sentidos e demonstra o tipo de relacionamento estabelecido entre as pessoas.

O espaço pessoal também varia consoante a pessoa, a cultura e a situação. Ou seja, este espaço é culturalmente apreendido por cada pessoa, e cada cultura tem a sua concepção de espaço pessoal.

“Portanto, o espaço pessoal pode ser definido como as distâncias que compõe as relações interpessoais. A quantidade de espaço pessoal que mantemos com os demais varia em função das diferenças individuais, das condições situacionais e das variáveis culturais” (Rio, Duarte, Rheingantz, 2002: 99)

Quanto à relação entre a idade e o espaço pessoal, estudos sugerem que, quanto menor a criança, menor será a distância espacial preferida, nos mais variados contextos de troca. Durante a adolescência, o espaço pessoal começa a identificar-se às normas seguidas pelos adultos, segundo Altman apud Sundstrom (1976 in Rio, Duarte, Rheingantz, 2002: 99)



Uma sala de espera de uma Unidade de Saúde Familiar é considerada um espaço público, um espaço social e um espaço pessoal.

“Um dia, a necessidade de espaço faz-se sentir...impõe-se-nos sem avisar. Daí em diante, não nos deixa mais. A vontade irresistível de termos um espaço próprio. Um espaço móvel que nos levasse longe. Teríamos tudo ao alcance da mão e nada nos faltaria...” (Augé, 2005: 9)

### 3.1.4 AS DISTÂNCIAS NO SER HUMANO

“No ser humano, o sentido do espaço e o sentido da distância não é estático (...) a sua percepção é dinâmica porque se encontra ligada à acção.” (Hall, 1986: 134, 135)

Edward T. Hall (1986) após várias observações e experiências determinou a existência de quatro distâncias: a “íntima, a pessoal, a social e a pública” pelo que, cada uma delas admite os modos próximo e longínquo. Estas variam ainda segundo a pessoa e as características do ambiente.

**1. A distância íntima** é, para Hall, a relação que envolve dois corpos.

A distância íntima, na modalidade próxima é vista como a “distância do acto sexual e da luta, a do reconforto e da protecção”. Aqui os receptores de distância encontram-se limitados, excepto o olfacto, enquanto os receptores sensoriais próximos, como a pele e os músculos, entram em “acção”. (Hall, 1986: 137)

Na distância íntima, modalidade afastada, 15 a 40 cm segundo o autor, os receptores de proximidade são os que continuam a ser mais utilizados. A voz é utilizada (murmúrio), o nariz e a visão do outro é deformada.

Esta modalidade, segundo o autor, não é muito bem aceite na sociedade, sendo tolerada em crianças, namorados ou amigos.

**2. A distância pessoal**, termo aplicado por Hediger (Hall, 2005: 139) determina “a distância fixa que separa os membros das espécies sem-contacto.”

Na modalidade próxima, 45 a 75 cm, as pessoas conseguem-se tocar, agarrar pelos braços. Nesta distância não é alterada a imagem da outra pessoa.

Na modalidade afastada a distância do comprimento de um braço adulto vai de 75 a 125 cm. Resume-se ao limite do alcance físico em relação a outra pessoa. A altura da voz é moderada, o calor do corpo não é perceptível, ao contrário do cheiro do hálito.

**3. A distância social** para Hall delimita o modo longínquo da distância pessoal e modo próximo da distância social. Situa-se entre a distância de 1,20



e 3,60 metros. Os detalhes da face já não se percebidos e não há contacto físico, salvo casos excepcionais. É a distância dos ajustes impessoais, e de quem trabalha em conjunto, por exemplo em reuniões informais. A particularidade da pele e do cabelo são entendidos com precisão.

No modo longínquo, para Hall a partir dos 2,10 metros, as relações que podem ser efectuadas a nível profissional, público, social assumem aspecto formal. Os detalhes leves do rosto não são percebidos, mas continua a ser perceptível a textura da pele, o vestuário, o cabelo e os dentes. A voz consegue ser mais alta comparativamente ao modo próximo da mesma distância. “Este tipo de comportamento próximo é condicionado pela cultura (...)” (Hall, 1986: 143)

**4. A distância pública**, no modo próximo e de acordo com o autor compreende os 3,60 e 7,50 metros. As pessoas são percebidas através da visão periférica. A partir de 4,80 metros o corpo perde volume das formas. A voz é alta mas não atinge o volume máximo.

No modo afastado, mais de 7,50 metros, as pessoas podem parecer baixas e o contacto não tem qualquer sentido. O uso da linguagem verbal exige uma mudança acentuada na voz e assiste-se a uma cenarização dos gestos.

De acordo com Kozel (2001), é através dos processos perceptivos, a partir dos interesses e necessidades das pessoas, que se estrutura e organiza a relação entre a realidade e mundo.

Para Merleau-Ponty (2006) na sua obra *Fenomenologia da Percepção* o conhecimento espacial adquirido pelos homens, consiste, sobretudo em imagens mentais, construídas ao longo da vida a partir da sua percepção.

O mundo que vivemos hoje é diferente do mundo que os nossos antepassados viveram. Mudaram-se as vontades, as necessidades, os costumes, os valores mas também se tem vindo a destacar as transformações constantes que o ser humano está a atravessar no que diz respeito às suas dimensões, aos seus corpos e até aos próprios espaços onde estes circulam. O tempo provoca diversas alterações no espaço, nos objectos, no homem e nas relações humanas.

“O mundo da sobremodernidade não tem as medidas exactas daquele em que cremos viver, porque vivemos num mundo que ainda não aprendemos a olhar. Teremos de reaprender a pensar o espaço” (Augé, 2005: 34)

## 3.2 PERCEPÇÃO

“(…) se alguém entrasse nessa sala branca e pintasse uma pequena mancha de tinta na parede, um pequeno ponto na parede, a partir do momento em que conseguisse ver esse pontinho, eu passaria a existir. Primeiro passariam a existir o “aqui” e o “ali”, a noção de espaço. Porque o ponto estaria ali e eu estaria aqui. Eu começaria a definir-me em relação àquela outra coisa. Neste caso, o ponto na parede.” (Walsch, 2003: 21)

A percepção é compreendida em geral como sendo o “acto ou efeito de perceber; tomada de conhecimento sensorial de objectos ou de acontecimentos exteriores; acção de conhecer independentemente dos sentidos: pela consciência, pela inteligência ou entendimento; (...)” (Costa; Melo, 2005: 1373).

O termo “percepção” teve a sua origem etimológica na palavra latina “percipere”: compreender, dar-se conta, apreender pelos sentidos. (PAULA, 2003: 30)

O Homem relaciona-se com o seu meio ambiente através dos sentidos, e qualquer informação que lhe transmitam é percebida pelos sentidos.

A percepção está estritamente também ligada ao conhecimento. Ela faz parte do nosso quotidiano porque em qualquer momento podemos ver outras pessoas, ver televisão, ler livros; ouvir conversas, ouvir rádio e a música que mais gostamos; sentir o cheiro do perfume, da comida; sentir as diferenças da temperatura, distinguir sabores, o doce e o salgado. Temos estas e outras percepções porque dispomos de órgãos receptores, sensíveis aos vários estímulos. A percepção é um processo que interpreta a informação recolhida pelos órgãos sensoriais que identifica os ambientes, os objectos e acontecimentos.

“A percepção é uma actividade, um estender-se para o mundo. Os órgãos dos sentidos são pouco eficazes quando não são activamente usados. O nosso sentido táctil é muito delicado, mas para verificar a textura ou a dureza das superfícies não é suficientemente colocar um dedo sobre elas; o dedo tem que se movimentar sobre elas. É possível ter olhos e não ver; ouvidos e não ouvir. (Tuan, 1983: 14).

Tuan (1983) não diferencia o conceito de percepção da própria actividade perceptiva.

Piaget (1993) define percepção como sendo o “conhecimento dos objectos resultantes de um contacto directo com eles” e a actividade perceptiva como “o prolongamento da inteligência sensório-motora em acção antes da aparição da representação”. A percepção das pessoas permanece igual com a idade, contrariamente, a actividade perceptiva desenvolve-se com a idade e

com a experiência da vida. A actividade perceptiva “em oposição à percepção” é “o prolongamento da inteligência sensório-motora em acção antes da aparição da representação” (Piaget & Inhelder, 1993: 31 e 32)

Davidoff (2001, in Pereira, 2008: 25) define percepção como “o processo de organização e interpretação dos dados sensoriais (sensações) para desenvolver a consciência do meio ambiente e de nós mesmos. A percepção envolve interpretação; a sensação, não.”

A percepção implica a resposta individual fornecida pelos estímulos captados pelo aparelho sensorial humano. Estuda-se a percepção pela captação sensorial, visual, auditiva, olfactiva, fácil e cinestésica, do espaço construído.

O modo como percebemos os espaços passa pelos nossos filtros culturais, ou seja, as pessoas têm órgãos dos sentidos idênticos mas a capacidade de desenvolver determinado sentido depende de cultura para cultura, de lugar para lugar. Também as experiências, o conhecimento do mundo condiciona a percepção de uma pessoa.

“A cultura é a criação colectiva de ideias, de símbolos e valores pelos quais uma sociedade define para si mesma o bom e o mau, o belo e o feio, o justo e o injusto, o verdadeiro e o falso, o puro e o impuro, o possível e o impossível, o inevitável e o casual, o sagrado e o profano, o espaço e o tempo. A cultura realiza-se porque os humanos são capazes de linguagem, trabalho e relação com o tempo. A cultura manifesta-se como vida social, como criação das obras de pensamento e de arte, como vida religiosa e vida política.” (Chauí, 2000: 61)

Assim a percepção está dependente dos sentidos, da situação geográfica e, por isso, da cultura. Cada cultura relaciona-se e valoriza o seu espaço de forma diferente. Não há uma só cultura, mas várias culturas e são todas diferentes. Os seres humanos são seres culturais.

“Cada cultura inventa o seu modo de relacionar-se com o tempo, de criar sua linguagem, de elaborar os seus mitos e as suas crenças, de organizar o trabalho e as relações sociais, de criar as obras de pensamento e de arte. Cada uma, em decorrência das condições históricas, geográficas e políticas em que se forma, tem o seu modo próprio de organizar o poder e a autoridade, de produzir os seus valores” (Chauí, 2000: 62)

A motivação para a percepção nas pessoas deve-se à necessidade de estarem em contacto com o próprio ambiente. O Homem tem capacidades para adaptar o seu comportamento à mudança ambiental.

### 3.2.1 PERCEPÇÃO DO ESPAÇO

“As relações que o homem mantém com o seu meio ambiente dependem ao mesmo tempo do seu aparelho sensorial e do modo pelo qual este se encontra condicionado a reagir.”  
(Hall, 1986: 77)

Perceber o espaço não significa apenas observar o que está à nossa volta, mas ouvir, cheirar e até sentir o que o próprio espaço nos transmite. Todos os sentidos estão em alerta quando nos encontramos num processo de percepção ambiental. É através dos sentidos, da actividade perceptiva e também da actividade motora que o nosso corpo capta os estímulos do ambiente.

A percepção implica a resposta individual fornecida pelos estímulos captados pelo aparelho sensorial humano. Estudamos a percepção pela captação sensorial, visual, auditiva, olfactiva, táctil e cinestésica, do espaço construído.

Hall (1986) defende que “a percepção do espaço não implica apenas o que pode ser percebido, mas igualmente o que pode ser eliminado. Segundo as culturas, os indivíduos aprendem desde a infância, e sem o saberem, a eliminar ou a conservar com atenção tipos de informação muito diferentes. Uma vez adquiridos estes modelos perceptivos parecem tornar-se fixos para toda a vida.” (Hall, 1986: 59).

O autor diz que as diferenças culturais entre os povos ocidentais e orientais, quanto à utilização dos seus mundos perceptivos diferenciam as percepções do espaço. O autor explica com o exemplo dos japoneses que se contentam com uma parede de papel para isolar o som, enquanto os alemães e os holandeses necessitam de muros grossos e portas duplas como barreiras contra o ruído.

As pessoas aprendem inconscientemente e, desde pequenas, a eliminar ou a preservar várias informações e conhecimentos que vamos adquirindo ao longo da vida, dependendo dos nossos valores, dos nossos interesses e mediante a nossa cultura.

### 3.2.2 PERCEPÇÃO INFANTIL

Existem certos factores que influenciam o desenvolvimento da criança, nomeadamente o factor cognitivo, perceptivo, cultural e ambiental.

A propósito do espaço da criança, da forma como ela o percebe e representa, destaca-se a teoria de Piaget. Ao estudar as relações entre a percepção e a inteligência no que se refere ao espaço, Piaget afirma que inicialmente observa-se o aparecimento de uma percepção do espaço, para em seguida o espaço aparecer como noção pré-operatória e somente depois como noção operatória.

Jean Piaget foi um construtivista e um interaccionista. Construtivista porque defende que o desenvolvimento resulta de uma construção e interaccionista porque durante o processo de desenvolvimento é necessário ter sempre em atenção a interacção das pessoas com o meio e com os objectos.

A sua teoria Construtivista defende que as estruturas da inteligência não são apenas inatas, mas produto de uma construção que é contínua, agindo sobre o meio (interacção pessoa e meio). Piaget defende uma perspectiva psicogenética do conhecimento, atribuindo à pessoa um papel activo na construção do conhecimento.

Foi neste período que o autor (1896-1980) formado em Biologia, deixou o seu contributo nesta matéria. Piaget elabora teorias e métodos próprios no seu trabalho e é a partir das suas pesquisas que podemos usufruir de um forte e consciente referencial teórico e prático para compreender a construção da representação do espaço no mundo intra-psíquico e individual da criança. É também possível através das suas teorias compreender o processo de construção e utilização do espaço em diferentes culturas.

O autor estudou a evolução da mente, a estrutura do conhecimento humano, de forma a obter informações específicas sobre o raciocínio da criança. Para tal adopta o método clínico-experimental como meio de investigação.

Jean Piaget defende que a construção do conhecimento é sequencial e que a primeira informação sobre o espaço, no mundo mental da criança, está apoiado na experiência sensorial.

Segundo o autor, as primeiras acções reflexas e exploratórias constituem vivências que não podem ser consideradas como conhecimento do espaço, isto porque a criança não possui a noção de si mesmo e não pode formar uma compreensão daquilo que existe fora dela. A passagem do espaço prático e egocêntrico, para um espaço representativo acontece à medida que a criança se vai desenvolvendo, e desenvolvendo a percepção de si mesmo através dos seus próprios deslocamentos dentro de um certo espaço.

Piaget investiga a forma em que a criança se apoia para construir a sua realidade através da relação que mantém com os objectos num espaço. Partindo da observação dos seus filhos e de outras crianças cuja evolução acompanhou até à adolescência, concluiu que o desenvolvimento cognitivo se processa por estádios.

Os estágios de desenvolvimento cognitivo, para o autor, são as fases de construção das estruturas cognitivas, organizadas sequencialmente, por meio reflexivo, transformando-se posteriormente em esquemas motores, por meio de acções. Estes esquemas que correspondem às estruturas biológicas, estão sempre em transformação e evoluem desde os esquemas primários - derivados da reflexão biológica - até aos padrões interiorizados do pensamento, esquemas operatórios. Podemos observar o comportamento reflexivo de um bebé que se transforma posteriormente através do exercício, em esquemas de acção.

Piaget afirma que o importante para o desenvolvimento cognitivo é o esquema dessas acções e não a sequência das mesmas.

Para Piaget, a “lógica das acções” da criança, surge quando ela começa a coordenar os esquemas e a organizar as acções no tempo e espaço. É neste momento que surgem as noções de causalidade, de constância de objecto, de velocidade, de conservação, relatividade e construção do real.

E este exercício supõe relações de inclusão, de ordem, de correspondência e permite à criança, construir a sua capacidade lógica na medida em que atribui significados à realidade, inicialmente no plano concreto e posteriormente no plano abstracto.

Assim a capacidade de organizar as estruturas mentais de cada pessoa não se transmite hereditariamente mas a partir de um mecanismo desenvolvido pelas acções sobre o meio de trocas consequentes dessa interacção.

Piaget (1993) menciona 4 factores responsáveis pela psicogênese do intelecto infantil. De acordo com o dicionário da Língua Portuguesa 2010 (2009), psicogênese é a parte da psicologia que trata da origem e do desenvolvimento das funções psíquicas.

Segundo o autor, os 4 factores são:

- 1 - O factor biológico;
- 2 - O factor físico: a experiência física com os objectos;
- 3 - O factor interactivo - as relações sociais efectuadas por meio da linguagem e da educação;
- 4 - O factor de equilíbrio das acções.

De acordo com Piaget, em Vernon (1974) o recém-nascido não vê qualquer espaço, mas espaços sem unidade e todos centrados em si. Os espaços vão surgindo com o desenvolvimento da criança: o “espaço da boca” - a sucção; o espaço visual - o acompanhar, com os olhos, os movimentos; o espaço tátil - sentir o próprio corpo e o espaço auditivo. (Vernon, 1974: 137)

À medida que a criança reconhece mais objectos vai passar a explorar o próprio corpo através dos sentidos e das interacções que a motivam a descobrir o mundo e a aumentar a noção do espaço.

Desta forma, a noção de espaço para a criança vai sendo desenvolvida ao longo da sua evolução cognitiva. O processo de descentração pelo qual todas as crianças passam justifica-se pelo facto de possuírem um “egocentrismo radical”, presente no período sensório-motor.

Este egocentrismo vai desaparecer com o tempo, com a maturidade da criança e com as interacções que vai estabelecendo. Quando atingir a descentralização vai ter noção que não existe só ela, mas outras crianças e outras pessoas, outros objectos, posições e movimentos.

Ao mesmo que tempo que se vai desenvolvendo a noção de espaço a criança vai tomando consciência que o seu corpo existe num determinado

espaço, através do “esquema corporal e a lateralidade”.

O esquema corporal é a percepção que a criança faz do seu corpo, do espaço que o corpo ocupa e das relações entre o corpo e o ambiente. Surge quando nascemos e desenvolve-se até à adolescência; a lateralidade é a percepção da existência de dois lados, a direita e a esquerda. Surge a partir dos 5 anos. (Pereira, 2008: 39, 40)

Piaget e Inhelder no livro a representação do espaço da criança (1981) denominam três tipos de relações espaciais: (Pereira, 2008: 40)

1. “As relações topológicas elementares”;
2. “As relações com o espaço projectivo”;
3. “As relações com o espaço euclidiano”.

Segundo o autor, a criança à medida que vai crescendo e percebendo o espaço, entre os 2 e os 7 anos de idade, utiliza determinadas relações elementares, tais como a vizinhança e separação, a ordem, o envolvimento e o contínuo, que correspondem às noções “topológicas”. Estas relações caracterizam o que Piaget chama de “espaço Topológico” que se inicia por volta do segundo ano de idade, e vão sendo assimiladas até aos sete anos aproximadamente, quando a criança já é capaz de construir os espaços euclidiano e projectivo.

Assim, é entre os 2 e os 7 anos de idade que a criança começará a construir a representação espacial.

Piaget (1993) demonstra que o espaço euclidiano e projectivo, permite a criança situar os objectos na relação com os outros através de projecções, de perspectivas e coordenadas de eixos. A criança adquire estas informações por processos neurológicos, uma vez que as diferentes estruturas do sistema nervoso são activadas para que a representação adulta do espaço se consolide.

O autor refere que a cumplicidade da análise psicogenética do espaço deve-se à existência de dois planos diferentes na construção progressiva das relações espaciais: o plano perceptivo e o plano representativo.

A qualidade das salas de espera infantis para as crianças é muito importante para o seu desenvolvimento, visto que é a partir do segundo ano de vida da criança que esta começa a construir a sua representação do espaço, criando a ideia de o que é e como é um espaço de saúde pública.



### 3.2.2.1 PERÍODOS DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

De acordo com a concepção piagetiana, o desenvolvimento cognitivo pode ser resumido em 4 grandes períodos: o Período Sensório-Motor, 0 - 2 anos de idade; o Período Pré-operatório, 2 - 7 anos de idade; o período das operações concretas, 7 - 12 anos de idade e, por último, o período das operações formais, correspondendo à adolescência, ou seja, a partir dos 12 anos de idade. Cada período é desenvolvido a partir dos conhecimentos conquistados no período anterior.

Em cada fase pode ser verificada uma evolução e uma construção das estruturas cognitivas.

O estudo de caso desta dissertação procura contribuir com uma proposta de conceptualização de uma sala de espera infantil para crianças com idades entre os dois e os doze anos que corresponde ao período pre-operatório e período das operações concretas, segundo Piaget.

#### 1 - Período Sensório-Motor (0-2 anos)

Os estudos de Piaget dizem que a partir do momento em que nascemos, começamos a construir um espaço sensório-motor ligado igualmente aos progressos perceptivos e motores.

De acordo com Oliveira (2005) este período estende-se da nascença até ao aparecimento da linguagem e abrange os dois primeiros anos de vida. “A inteligência sensório-motora a acção prática do sujeito sobre a própria realidade, e não comporta distâncias muito longas entre a acção e a realidade” (Oliveira, 2005: 107).

É evidente que a percepção do espaço é construída progressivamente pelas crianças. Nos recém-nascidos as actividades são ainda inconscientes. A partir do momento em que a criança começa a interagir com o meio, os comportamentos reflexológicos (reflexos básicos), vão sofrer alterações.

Assim a criança vai-se lembrar dos objectos e das pessoas por meio de esquemas que foram construídos. Estas construções têm fundamento na coordenação sensório-motora das acções, sem intervenção da representação ou do pensamento.

“... à falta de função simbólica, o bebé ainda não apresenta pensamento nem afectividade ligados a representações, que permitam evocar pessoas ou objectos na ausência deles.”  
(Piaget e Inhelder, 1993: 11)

O bebé já vem equipado com respostas reflexas. Os primeiros esquemas da criança são reflexos e inatos, como por exemplo o reflexo de sucção, que é um dos reflexos mais salientes no bebé, e que não é necessário ensinar.



Depois o bebé começa a adquirir pequenos hábitos que são simples e controlados pelo seu próprio corpo. Quando o bebé ouve um barulho é capaz de virar a cabeça para seguir o som. Nos primeiros anos de vida o bebé explora e manipula os vários objectos, ou seja, desperta os primeiros interesses pelo meio exterior e pelo Mundo.

Logo, ao longo dos primeiros anos de vida da criança percebe-se uma evolução na concepção de objecto. A criança torna-se capaz de diferenciar o que é dela e o que não é. Adquire noção de causalidade, de espaço e de tempo. Interage com o meio com uma inteligência essencialmente prática.

O período sensório-motor é ainda dividido por Piaget em 3 períodos de desenvolvimento (Piaget, 1993: 20):

### 1º Período

“Os dois primeiros estágios do desenvolvimento do espaço são caracterizados pela não-coordenação dos diversos espaços sensoriais entre si” (Piaget, 1993: 20).

O primeiro período abrange 2 estádios, o dos “puros reflexos” e o das “aquisições dos primeiros hábitos”. Isto significa que o bebé apresenta uma fraca organização entre a visão (espaço visual) e a apreensão (espaço táctil). Aqui não permanecem objectos sólidos, nem existe constância perceptiva das formas ou grandezas. A criança, até os 4 meses de idade aproximadamente mantém-se passiva frente aos objectos. Ou seja, depois da criança segurar, apalpar e até rodar os objectos acaba por não os explorar.

Piaget apresenta 5 relações espaciais caracterizadoras das percepções iniciais: (Piaget, 1993: 21)

1º - “A relação espacial mais elementar que a criança pode apreender pela percepção é a **relação de vizinhança**”. A vizinhança é à forma mais simples do sistema perceptivo. Equivale à “proximidade dos elementos percebidos” num só espaço. A função que se atribui à proximidade vai evoluindo com a idade, quanto menor a criança maior é a percepção de proximidade em relação aos espaços e objectos.

2º - “Uma segunda relação espacial elementar é a **relação de separação**”. Os objectos que são vizinhos podem misturar-se. Esta relação tem como objectivo separar objectos ou arranjar forma de os distinguir. Existe nesta relação uma evolução com a idade da criança. “Numa percepção sincrética, como a de um bebé existe vizinhança sem separação clara dos objectos; quanto mais a percepção é analítica mais as relações de separação serão determinadas.” (Piaget, 1993: 21)

3º - A terceira relação espacial essencial é a “**relação de ordem** (ou de sucessão espacial)”. Ocorre quando os elementos são distribuídos uns em seguida dos outros. Constitui, no plano perceptivo, um dos elementos fundamentais na relação de simetria.

4º - “Uma quarta relação espacial dada na percepção elementar é a **relação de circunscrição** (ou de envoltório)”. É o objecto do meio, ou o objecto que se encontra rodeado por outros objectos.

5º - A última relação espacial elementar, a **relação de continuidade**. A continuidade, como o próprio nome diz participa continuamente em toda a percepção.

## 2º Período:

Este período, definido por Piaget (1993), inclui também 2 estádios, o das “reações circulares secundárias” - o bebé, por volta dos 4, 5 meses começa a manipular os objectos; e o das “primeiras condutas inteligentes” - até ao fim do primeiro ano. É caracterizado pela composição de figuras e da percepção contínua da forma e da grandeza da criança. Ou seja, a manipulação dos objectos conduz à análise das figuras e das formas.

“A percepção das boas formas é desenvolvida com a idade em função da actividade sensório-motriz: movimentos do olhar, exploração tátil, análise imitativa, transposições activas. Desempenha um papel fundamental na construção do espaço.” (Piaget, 1993: 25).

Desta forma, Piaget afirma que se torna impossível para o bebé perceber uma recta, um círculo ou um ângulo. Relativamente à constância das formas e da grandeza ambas pressupõem a organização de relações projectivas e métricas.

“A constância das formas resulta da sua construção sensório-motriz quando da coordenação das perspectivas”, a “constância das grandezas está ligada à coordenação dos movimentos controlados perceptivamente.” (Piaget, 1993: 26)

Segundo Hall (1993), as constâncias perceptivas, produzidas durante os primeiros anos de actividades motoras desenvolvem-se em função da idade; a constância das grandezas alcança o seu “nível adulto”, entre os 9 e os 10.

## 3º Período:

O terceiro período integra o estádio das “reações circulares terciárias” - “início da experimentação” e o das “primeiras coordenações interiorizadas” -

fácil interiorização do conhecimento.

Para piaget, a partir do 2º ano de idade, a criança desenvolve o seu espaço sensório-motor libertando-se das relações que mantém com os objectos, enquanto no 2º período a criança aprende a conhecer as forma e dimensões dos objectos. Como o autor explica, é somente quando uma criança atinge os 7 ou 8 anos de idade que desenvolve conceitos como a medida, a ideia de perspectiva e das proporções. A construção do espaço deixa de ser perceptiva e limitada para ser intelectual ou intuitiva.

A construção perceptiva e a construção representativa, apresentam um aspecto comum de grande importância para a interpretação do espaço, que é a motricidade. A psicologia da forma detectou esta ligação entre o movimento e a percepção.

“...antes da criança ser capaz de imaginar, em pensamento, perspectivas ou medir objectos através de operações efectivas, já está apta a perceber projectivamente e estabelecer, através da percepção apenas, certas relações métricas implícitas; além do mais, as formas que ela percebe (rectas, círculos, quadrados, etc.) estão muito avançadas em relação à possibilidade de reconstruir essas mesmas estruturas pela intuição figurada ou pensamento representativo.” (Piaget, 1993: 28)

## **2 - Período pré-operatório (2 aos 7 anos)**

O período Pré-Operatório de Piaget é caracterizado pelo “aparecimento da função simbólica que permite o uso do jogo, da linguagem, ou seja, das palavras simbolicamente até a criança ter capacidade para organizar o pensamento mediante as operações concretas.” (Oliveira, 2005: 107). É a preparação e organização das operações concretas de classes, relações e números.

Para Palangana (2001), neste período a criança não está dependente apenas das sensações e dos movimentos, servindo-se dos esquemas de acção assimilados - esquemas representativos, “podendo, desta forma distinguir um significante (imagem, palavra ou símbolo) daquilo que ele significa (o objecto ausente), o significado” (Palangana, 2001: 25) O autor afirma que a criança ainda não tem capacidades de pensar de forma reversível.

A criança no período pré-operacional preocupa-se exclusivamente consigo, com os seus interesses e o seu ponto de vista, a sua perspectiva. Resume-se como o período egocêntrico e autocentrado. No pensamento pré-operacional, falta distinguir a realidade pessoal e a realidade objectiva, por isso mesmo as crianças agem desta forma. O objectivo nesta fase, para o autor, passa a ser a descentralização ou seja, afastar a criança do centro.

Os mecanismos de construção da inteligência segundo Piaget (1973) são a assimilação e a acomodação. A assimilação para o autor é um processo da mente que, como o nome diz, assimila as experiências dos “esquemas de acção” e dos esquemas operatórios - absorção de ideias, conceitos, pessoas; a acomodação é um processo da mente que altera os esquemas da criança dependendo das experiências que ela efectua com o meio.

Quando os comportamentos da criança se encontram estáveis, a assimilação e a acomodação estão equilibradas.

A assimilação predomina, por exemplo, nos jogos simbólicos enquanto que a acomodação prevalece em casos de imitação.

“A inteligência é uma adaptação ao meio ambiente e faz-se através de dois processos, que são a assimilação (processo de integração os dados da experiência nas estruturas do sujeito) e a acomodação (modificação das estruturas da pessoa para se adaptar aos novos elementos provenientes do meio. A Coordenação ou Equilíbrio é o processo que de desenrola entre a assimilação e a acomodação para que ocorra o desenvolvimento intelectual progressivo”. (Abrunhosa e Leitão, 2006: 323)

Assimilação e Acomodação são os mecanismos funcionais que possibilitam a construção das novas estruturas ou esquemas. “(...) Ora, assimilando assim os objectos, a acção e o pensamento são compelidos a acomodarem-se a estes, isto é, a reajustarem-se por ocasião de variação exterior. Pode chamar-se 'adaptação' ao equilíbrio destas assimilações e acomodações. O desenvolvimento mental aparecerá, então, como uma adaptação sempre mais precisa à realidade”, de acordo com Piaget (in Abrunhosa e Leitão, 2006: 324)

Palangana (2001) diz que existem outros comportamentos característicos desta fase: “o raciocínio transdutor ou intuitivo, de carácter pré-lógico” que leva a criança a ir “do particular para o particular”. (Palangana, 2001: 26) Exemplo: se a criança come ervilhas e fica com dor de barriga, também se comer lentilhas, pensa ficar com dor de barriga.

Para o autor, o pensamento artificial é outra característica da criança, ao atribuir poderes ao Homem de fenómenos naturais. Exemplo: “o antropomorfismo” ou conferir características do Homem aos objectos e aos animais.

É compreensível que pais e educadores concluam que este período é complicado e até negativo, pelo facto dos mais pequenos imaginarem coisas, pensarem que só eles existem no mundo, mas acaba por ser uma fase muito importante, que prepara a criança para a fase seguinte, onde se estrutura a função semiótica e a habilidade cognitiva para posteriormente trabalhar com as operações lógicas.

### **3 - Período Operatório**

De acordo com Piaget (in Oliveira, 2005: 107) o período operatório começa entre os 6 e os 7 anos de idade, “com o aparecimento da noção de invariância”, surgindo também as “noções de conservação de substância, de peso e de volume”; por volta dos 11, 12 anos a criança já domina as 3 conservações. Caracteriza-se por dois subperíodos: o período das operações concretas e o período das operações lógicas.

#### **O período das operações concretas**

Piaget diz que neste período a criança ainda mostra alguma ligação com a realidade, pelo que o seu pensamento e conhecimento não possibilitam a existência da lógica sem determinada acção.

Nota-se a evolução do individualismo (egocentrismo) para o socialismo, outra forma de pensar o mundo, onde as obrigações são iguais para todas as pessoas. O desenvolvimento da capacidade para pensar de maneira lógica, característica crucial deste período, faz com que a criança procure compreender o que os outros pensam e fazem e procure transmitir as suas ideias para começarem a ser aceites na sociedade.

Neste período os mecanismos de assimilação e acomodação já se encontram em equilíbrio. A criança está preparada para entender que as situações estáticas (os objectos) podem estar sujeitos a transformações.

Assim, segundo Palangana (2001), outra definição enraizada e desenvolvida neste período, é o de conservação. “A conservação implica a presença de um sistema de referência fixo, amplamente independente da percepção, da representação e da informação linguística. Depende, isto sim, da presença de um referencial coerente e organizado de crenças, ou seja, de esquemas conceituais verdadeiros”, de acordo com Rappaport (1982, in Palangana, 2001: 28)

Apesar das várias transformações neste período ainda assistimos ao progressivo abandono do pensamento fantasioso; à diminuição das atitudes egocêntricas e o aparecimento da necessidade de confirmação empírica das elaborações mentais, já que a criança não dispõem de estruturas lógicas.

#### **O período das operações formais**

A principal característica deste período é a capacidade que a criança adquire em distinguir o que é real daquilo que é possível de se realizar.

A criança, nesta fase já pensa de forma abstracta e formula teorias. O pensamento sofre grande evolução, de indutivo transforma-se em hipotético-dedutivo. Assim, a criança completa a construção dos mecanismos cognitivos.

“O pensamento adolescente opera, agora, através da análise combinatória, da correlação e das formas de reversibilidade (inversão e reciprocidade)” (Palangana, 2001: 29)

Conclui-se que, no estágio sensório-motor, a criança desenvolve um conjunto de “esquemas de acção” sobre o objecto, que lhe permitem construir um conhecimento físico da realidade. A criança desenvolve o conceito de permanência do objecto, constrói esquemas sensório-motores e representações mentais cada vez mais complexas e realizam-se as primeiras imitações.

No estágio pré-operatório, (2-6 anos) a criança inicia a construção da relação causa e efeito, bem como das simbolizações. É a chamada idade dos porquês e do faz-de-conta.

No estágio operatório-concreto (7-11 anos), a criança começa a construir conceitos, através de estruturas lógicas, consolida a conservação de quantidade e constrói o conceito de número. O seu pensamento é lógico mas ainda não realiza abstrações por estar agarrado a conceitos concretos.

O estágio Operatório-Formal (11-16 anos) é a fase em que o adolescente constrói o pensamento abstracto, conceitual, conseguindo ter em conta as hipóteses possíveis, os diferentes pontos de vista e sendo capaz de pensar cientificamente.

No entanto, outros psicólogos tiveram igual interesse em estudar a psicologia do desenvolvimento, dando o seu contributo para as alterações introduzidas no conceito recém-nascido. Desde o Nascimento que a criança percorre um caminho nas vias intelectuais, afectivas e sociais.

Os conceitos de Freud centram-se na capacidade da criança sentir prazer e desprazer desde o momento do nascimento. As primeiras experiências afectivas centram-se na figura da mãe, estabelecendo-se uma relação particular entre ambos, com a amamentação. Surge o conceito de Vinculação, tendência dos bebés para, nos primeiros tempos de vida, permanecerem junto da mãe, estabelecendo com ela ou com um adulto de que eventualmente dependam. Esta ligação é a base do desenvolvimento estrutural da personalidade, determinando as outras relações emocionais da criança. (Abrunhosa e Leitão, 2006: 209)

Também Erikson defende que a confiança ou desconfiança que regulam o relacionamento social estabelecem-se as experiências vividas durante os primeiros tempos de vida. A forma de resolução do primeiro conflito existencial da criança vai afectar o grau de esperança num futuro relacionamento social.

Enquanto Freud enfatiza os aspectos patológicos do desenvolvimento, Erikson vai postular os aspectos patológicos, mas também no que se refere ao desenvolvimento positivo e favorável.

Ambos estudiosos garantiram que o desenvolvimento da criança é um processo dinâmico, que envolve relações com outras pessoas e que tudo

influencia o sucesso dos futuros relacionamentos a nível intelectual, social e emotivo com o mundo e os outros. (Abrunhosa e Leitão, 2006: 209)

Assim, o desenvolvimento humano é um puzzle, umas teorias enfatizam mais para cada peça. Existem várias teorias pelo facto de não haver informação suficiente para formular uma única teoria geral do desenvolvimento. Por outro lado, há um constante aperfeiçoamento das teorias e entre as teorias e é positivo que se criem mais teorias compreensivas e aperfeiçoadas do desenvolvimento e percepção do Homem.

### 3.2.3 PERCEPÇÃO DOS OBJECTOS

“Os seres ligam-se de um modo profundamente pessoal à organização do espaço e dos móveis.” (Hall, 1986: 128)

Todas as pessoas têm consciência das complexas relações dos objectos e dos ambientes. Um objecto conserva a sua identidade independentemente do ambiente onde ele foi colocado.

De acordo com Vernon (1974), a partir dos primeiros anos de vida, as crianças têm a capacidade de perceber outras pessoas, as expressões da face, os comportamentos e os vários objectos. Vernon diz que nos primeiros meses de vida, os bebés apreciam os rostos humanos, mostrando o seu contentamento.

“as crianças tendem a classificar todos os objectos que se movimentam como objectos vivos, capazes de realizar acções”. (Vernon, 1974: 215).

Esta predisposição pode estar associada ao facto de alguns movimentos serem relacionados às características dos organismos vivos. A criança ao identificar um objecto deve-se abstrair da forma e tamanho deste pois variam consoante a sua posição no espaço.

Os adultos percebem exactamente a localização dos objectos no espaço e a distância que mantêm deles. Percebem o ambiente como um todo espacial, os objectos que estão à frente, os que estão atrás e até os que não estão imediatamente visíveis.

No entanto, podemos dar-nos conta de situações onde a tridimensionalidade, a profundidade, a perspectiva ou a distância confundem o observador. Assim, como Vernon explica, os objectos que se encontram perto ou distantes, num espaço tridimensional, constituem o ambiente no qual percebemos os objectos.

São vários os processos que actuam na percepção espacial: as imagens diferentes dos olhos participam da localização e percepção dos objectos; as sombras; as mudanças de perspectiva em tamanho, brilho e textura de superfície, intitulada por gradientes por Gibson.



Todos estes perceptos dão informações sobre a aparência e disposição do ambiente, e quanto maior for a informação disponível mais correctos podem ser os julgamentos das distâncias dos objectos no ambiente.

A realização de um esquema que abrange todos os perceptos, conceitos e reacções no espaço tridimensional é desenvolvida progressivamente nas crianças.

Para Piaget, no nascimento, a vida mental reduz-se a actividades reflexas, que se prendem a tendências instintivas. A criança começa a aperfeiçoar os reflexos de sucção. O autor refere ainda que a avaliação das distâncias é desenvolvida através do movimento em direcção aos objectos que o bebé deseja. Uma compreensão mais aprofundada das relações espaciais de objectos só se desenvolve mais tarde.

Os exercícios reflexos vão-se tornando complexos (colocar o polegar na boca, virar a cabeça quando ouve um ruído) e isto certifica-se no ponto de vista perceptivo, logo que a criança começa a sorrir. Piaget refere que nos três ou quatro meses de vida o bebé percebe vários aspectos do espaço. Aos quatro meses de idade aproximadamente as crianças já tocam nos objectos e colocam-nos na boca.

Esta inteligência prática aparece muito antes da linguagem, é uma inteligência que incide na manipulação dos objectos e que só utiliza a percepção e movimentos organizados em “esquemas de acção”.

A partir dos dois anos e meio e três anos de idade as crianças começam a aplicar os conceitos de espaço como “acima”, “em baixo”, “dentro”, “fora”, de acordo com Ames e Learner (1948, in Vernon, 1974: 139)

Até aos oito anos de idade a criança não apresenta quaisquer noções de perspectiva, como se pode visualizar nos seus desenhos.

Qualquer pessoa consegue perceber que um objecto mais distante parece mais alto do que os mais próximos, mas também o brilho, as cores e outros factores influenciam a perspectiva.

O brilho visível num objecto pode estar ligado à sua distância. “Uma redução de iluminação pode provocar a impressão de aumento da distância” entre a pessoa e o objecto, de acordo com Carr (1935, in Vernon, 1974: 144).

Os objectos com cores brilhantes, em regra, têm como fim salientar-se do fundo e parecer mais próximos do que os objectos que apresentam pouco contraste de cor com o fundo, de acordo com Moun (1956, em Vernon, 1974: 144).

Os objectos coloridos também se imaginam mais próximos do que os objectos cinzentos com brilho idêntico. Um efeito comparável ocorre com objectos de cor preta, cinzenta e branca, com diversos graus de contraste com o fundo, de acordo com Luria e Kinney (1968, em Vernon, 1974: 144).

Um efeito de mudança na distância de um objecto pode ser provocado quando uma forma se expande ou se contrai regularmente, na ausência de outros indicadores de distância.



A ilusão das formas varia com idade, ou seja, a capacidade de julgar correctamente as distâncias aumenta com a experiência da criança. A criança aprende que precisa movimentar e conhecer mais o seu corpo no espaço para manusear objectos e identificar as cujas distâncias.

### 3.2.4 RECEPTORES SENSORIAIS

O homem tem dado mais valor à participação dos sentidos no seu quotidiano quando inserido em determinado espaço. Tem vindo a desenvolver a consciência de si próprio, do seu ambiente e da relação entre si e o ambiente.

Segundo Hall (1986), para se compreender o Homem é necessário ter algum conhecimento sobre os sistemas de recepção e sobre a forma como a cultura influencia a informação capturada por estes sistemas.

O aparelho sensorial humano apresenta, segundo o autor duas classes de receptores: os receptores à distância, caracterizados pelos olhos, os ouvidos e o nariz; e os receptores imediatos, através do tacto, “graças às sensações que a pele, as mucosas e os músculos transmitem”. (Hall, 1986: 56).

#### **O espaço visual**

“A visão é considerada, dentre os demais sistemas perceptivos, a que melhor transmite as informações ambientais” (Paula, 2003: 53)

O Homem através da visão, consegue visualizar tudo ao seu redor, consegue orientar-se no espaço, facilitando a sua capacidade perceptiva e comunicativa. Através da visão, o Homem é também capaz de adquirir mais conhecimentos, localizar e distinguir objectos, formas, dimensões e distâncias.

O Homem utiliza a visão para ver e organizar a informação que o espaço transmite juntamente com os outros sentidos.

Assim, a visão é o receptor à distância que capta mais informação, é um sentido muito importante que facilita a relação do homem na sociedade.

Os olhos são mais eficazes a adquirir a informação do que os ouvidos, ou qualquer outro sentido, o que já não acontece com os cegos, por exemplo, que adquirem conhecimento sobre as frequências do som para poderem localizar os objectos. Hall diz-nos que o olho regista a informação num raio de cem metros, podendo mesmo captá-la a uma distância de quilómetro e meio.

O autor refere em “A dimensão oculta” o estudo do fonólogo J. W. Black que provou que a velocidade da leitura e o tempo de reflexão são afectados pela dimensão de uma sala. Portanto, numa sala grande a leitura e a reflexão torna-se mais lenta.

Na interacção com o ambiente, o homem controla grande parte das suas actividades através da captação de informação pelo sistema visual. Vários

filósofos como Berkeley e Piaget estudaram a relação corpo, espaço, visão mas foi James Gibson quem conclui que “a percepção do espaço implica pontos de referência puramente visuais, tais como o alargamento e o estreitamento do campo visual conforme o espectador se aproxima ou afaste de um objecto dado.” (Hall, 1986: 82)

As relações com o mundo circundante variam de pessoa para pessoa, o que faz com que duas pessoas não visualizem a mesma coisa. Esta diferença entre os mundos perceptivos é mais acentuada em pessoas de culturas diferentes, mas não deixa de se notar em pessoas da mesma cultura. Também os “homens e as mulheres habitam muitas vezes mundos visuais diferentes. (...) o homem e a mulher aprenderam simplesmente a servir-se dos olhos de modo muito diferente” (Hall, 1986, 84).

As diferentes culturas contribuem para pôr em evidência a diversidade dos mundos perceptivos.

Para a criança é clara a importância do sentido da visão para a descoberta, a concentração das actividades e a interactividade.

## **O sistema auditivo**

“O sentido auditivo está equipado para a análise de padrões temporais e para conhecer a sequência e o tempo de duração de um estímulo ambiental. Desta forma, a localização e a distância são características espaciais apreendidas através da audição. A localização de um objecto é dada pela diferença de tempo e intensidade do som.” (Paula, 2003: 59, 60)

A audição é um dos cinco sentidos básicos do Homem e tem como objectivo captar os sons do meio ambiente.

O ouvido cumpre os objectivos de captar o som apenas a um raio máximo de seis metros, segundo Hall (1986).

A audição e a visão são dois sentidos que divergem pela forma como transmitem a informação, a audição transmite menos quantidade de informação e com menor qualidade, mas têm em comum o facto de não ser necessário o contacto físico para as pessoas usufruírem destes sentidos.

Ouvir torna-se significativo para todas as pessoas. O ouvido pode ser visto como um sentido onde as pessoas podem retirar algum prazer: ouvir uma boa música, ouvir palavras que se goste.

Também a audição é importante para a aprendizagem, para o crescimento e para a fala das crianças.

As crianças antes de aprenderem a falar e a escrever, aprendem a ouvir. É a condição necessária para o desenvolvimento da linguagem.

## O espaço olfactivo

O cheiro, também conhecido como o “sentido químico”, pela sua natureza química, está na base da comunicação do homem. Possui várias funções nomeadamente a de captar e identificar odores, diferenciar as pessoas e o seu estado emocional. Os odores transmitem mensagens, fazem-nos aproximar ou distanciar dos espaços, das pessoas ou objectos.

Vários autores tais como Hall, Okamoto, Simões & Tiedemann, justificam que o cheiro reproduz na imaginação recordações mais intensas do que a visão ou a audição. (Paula, 2003: 63). Assim, o olfacto está relacionado com a emoção, com a memória e com as lembranças de forma inconsciente. As memórias que incluem lembranças de cheiros são mais fortes.

Hall diz-nos que os ambientes também condicionam os cheiros, ou seja, os cheiros tornam-se mais intensos na água do mar pela sua grande densidade e diminuem no ar.

O cheiro faz com que a pessoa reconheça os objectos e reconheça ainda a sua distância e direcção. Conseguimos identificar o cheiro da comida do vizinho porque a distância entre as casas é curta, conseguimos perceber se uma sala de aula teve ocupada se estiver abafada, conseguimos perceber que existe uma padaria a poucos metros porque reconhecemos o cheiro a pão quente, entre outras informações reconhecidas pela intensidade dos vários cheiros.

Assim, pelo sistema olfactivo recebemos informações qualitativas do espaço imediato e distante.

Os locais de grande importância na área da saúde devem ter uma preocupação relativamente aos cheiros. Manter limpos os espaços de saúde em que vivemos é uma tarefa indispensável. Os cheiros que sentimos vão determinar a nossa percepção do espaço, a sensação de conforto e de bem-estar e consequentemente a nossa saúde. Os cheiros indicam, por isso, a qualidade de ar das salas de espera.

## A pele e os músculos

“O maior sentido de nosso corpo é o tacto. Provavelmente, é o mais importante dos sentidos para os processos de dormir e acordar; informamos sobre a profundidade, a espessura e a forma; sentimos, amamos e odiamos, somos susceptíveis e tocados em virtude dos corpúsculos tácteis da nossa pele, de acordo com J.Lionel Tayler (in Paula, 2003: 55)

Os receptores à distância anteriormente referidos, os olhos, os ouvidos e o nariz e a informação, por vezes inconsciente, que deles podemos receber

é tão importante na nossa vida que não damos conta do valor que a pele, receptor imediato representa.

A pele é a cobertura externa do corpo, considerada o maior órgão do corpo humano e o mais pesado.

Tem um papel indispensável na percepção do esquema corporal, do que é interior e exterior (Czeresnia, 2004); na percepção quinestésica do espaço, através dos nervos proprioceptivos que informam o que se passa quando mexemos os músculos e na percepção da temperatura, do calor e frio a partir dos nervos exteroceptivos.

A pele, vista também como um sistema de informação deve ser aproveitada e valorizada visto que é importante a interação e o contacto entre as pessoas e o mundo em que vivemos.

Para Hall (1986), a pele, receptor imediato, influencia o estado emocional. As pessoas possuem um “duplo sistema emissor e receptor” que funciona por modificações da temperatura, do fluxo sanguíneo, nas diferentes partes do nosso corpo. Hall justifica-se com o exemplo da pessoa que cora. “O afluxo de sangue provoca um aumento da temperatura na zona que ‘corou’” (Hall, 1986: 69).

“(…) a percepção das mudanças de temperatura em si próprio e nos outros constitui um fenómeno tão geral no ser humano que se tornou parte integrante da linguagem” (Hall, 1986: 73)

Este processo não é determinado pela cor da pele das pessoas, assim quem possui a pele negra não emite mais ou menos calor do que quem possui pele clara.

“A temperatura é um factor importante na forma como vivemos a experiência da multidão e da concentração de gente”. (Hall, 1986: 71)

Se a temperatura aumenta, independentemente de o espaço ser maior ou menos, a sensação de abundância aumenta consideravelmente. O sexo, a idade, a química individual, os factores culturais, afectam as atitudes relativas às temperaturas. O homem torna-se sensível às variações da sua própria temperatura e à dos outros, influenciando as suas atitudes no quotidiano, fazendo-o aproximar ou distanciar do outro.

“O espaço ‘táctil’ separa o observador dos objectos, enquanto o espaço ‘visual’ separa os objectos uns dos outros” (Braque em Hall, 1986: 74)

Logo as experiências do tacto e da visão do espaço são indissociáveis e as relações entre o homem e o ambiente dependem do aparelho sensorial de

cada um; a sensibilidade da pele face a mudanças de temperatura e as diferentes texturas fornecem uma informação pessoal acerca do meio ambiente circundante.

A necessidade de estimular a pele e a necessidade do contacto entre as pessoas mantém-se por toda a vida, mas parece ser mais importante na infância, fase inicial da ligação afectiva reflexa. O toque das mãos, o colo, as carícias, os cuidados e a protecção dos braços são experiências fundamentais para o seu bom desenvolvimento.

“Até recentemente, não tínhamos muitas evidências directas de que a estimulação táctil ou sua ausência afectassem o crescimento e o desenvolvimento, físico ou psicológico, do bebé humano. (...) Actualmente, como já vimos, não só temos abundância de evidências directas sobre essa questão, no caso dos animais não humanos, como também uma quantidade razoável de evidências directas sobre bebés humanos que endossam por completo a visão segundo a qual a estimulação táctil é, pelo menos, tão importante para o crescimento físico e psicológico do bebé humano (...)”  
(Montagu, 1899: 106)

O ser humano pode sobreviver com dificuldades sensoriais de outra natureza, como a visual e a sonora, desde que seja mantida a experiência sensorial da pele, receptor imediato.

Assim, é grande o valor que se deve dar à estimulação cutânea na infância, na ausência de outros tipos de estimulação, especialmente quando há perda de outros sentidos.

### 3.3 INTERACÇÃO

“As relações são a experiência mais importante das nossas vidas. Sem elas, não somos nada. (...) todos nós temos uma relação com tudo e com todos, sempre. Temos uma relação connosco próprios, com a nossa família, com o nosso ambiente, com o nosso trabalho e uns com os outros”  
(Walsch, 2003: 9)

A interacção é a acção que envolve duas ou mais pessoas. Compreende as relações do quotidiano de todas as pessoas, relações que estimulam o desejo, a curiosidade, a comunicação, o bom humor. São as relações que nos fazem sentir vivos, tornando-se tão importantes e vitais para o ser humano e social. Este relacionamento não é só da ordem funcional, mas também da ordem simbólica e pode despertar ou provocar sentimentos e emoções positivas ou negativas.

A investigação deste trabalho recai sobre o relacionamento entre as pessoas e as crianças, as salas de espera dos ambientes de saúde e os objectos que nele se encontram.

Segundo Bonsiepe (1997) o domínio do design é o domínio da interface. Esta interface é entendida como a interacção entre uma pessoa e um objecto que procura sempre uma acção física ou comunicativa e sensorial. A interacção é para o autor uma delimitação importante que distingue o design de outras áreas nas quais o método projectual também existe. Para o autor, a interacção pressupõe uma acção, uma reacção e um contacto. Também no espaço existe interactividade. No design de interacção interessa o relacionamento das pessoas com os objectos, os espaço, assim como a interacção entre as pessoas.

A interacção está também ligada à mudança, à aprendizagem e a educação, à brincadeira e aos jogos. A aprendizagem é uma das actividades inatas do homem, “elementares da sobrevivência da vida e agente de cultura” e, segundo Hall, “só há relativamente pouco tempo e sem que isso fosse compreendido, o jogo foi incluído entre os processos vitais” (Lopes, 2004: 66).

As pessoas estão constantemente a produzir mensagens quando falamos, quando escrevemos, quando nos expressamos corporalmente e estas mensagens são recebidas quando ouvimos, quando lemos e quando observamos.

Desta forma, à medida que transmitimos mensagens, também as recebemos. Esta troca entre duas ou mais pessoas incentiva a comunicação, a partilha, a relação com as pessoas, os objectos e os espaços.

“Assim a interacção é uma composição em co-evolução, co-produzida convivialmente. Ou seja, muda e simultaneamente busca na sua dinâmica a estabilidade e a previsibilidade” (Lopes, 2004: 44)

No entanto, o mais importante na interacção de duas pessoas não é o conteúdo, a mensagem que circula, mas a própria relação que as pessoas efectuem, que pode ser, segundo os estudos de Miller & Steinberg (1975, in Lopes, 2004: 59) de aproximação ou separação.

O Homem é um ser social e efectua relações de diferentes qualidades, o que constitui um aspecto importante da sua sociabilidade. Observa-se nas interacções entre crianças que, o ser humano, desde pequeno, se encontra aberto e disponível para se relacionar com os outros.

O choro do bebé, o sorriso, a imitação dos sons e gestos em direcção às coisas que lhe despertam atenção iniciam o processo de interacção das crianças com o universo social que ainda se encontra dependente dos cuidados maternos. No entanto, a criança não deve ser visto como um ser passivo, mas como um ser activo, com capacidades próprias ao seu estado de desenvolvimento.

As crianças apresentam várias necessidades que não se limitam ao comer, ao dormir, ao vestir, às quais se incluem outras necessidades de natureza

psicológica e social. As crianças são alvo de grande quantidade de estímulos como as luzes, os gestos, os paladares, os sons, as temperaturas que lhe provocam vários efeitos físicos e psicológicos. “Tudo isto a criança transmite aos adultos, através de formas inatas de comunicação”. (Abrunhosa e Leitão, 2006: 210)

As crianças pequenas têm um fascínio muito grande pelas outras crianças. Têm especial interesse pelos comportamentos das outras crianças, observando-as e aprendendo com as acções dos outros. É nos primeiros anos de vida que as crianças começam a fazer amizades. O sucesso destas amizades condiciona as futuras relações. A relação precoce entre crianças é essencial para um bom desenvolvimento. Assim, na primeira infância criam-se as primeiras formas de socialização.

As brincadeiras, a partilha dos objectos, dos brinquedos e dos jogos é uma importante tarefa de aprendizagem social.

### 3.3.1 INTERACÇÃO DO CORPO NO ESPAÇO

Este tema ganha especial interesse pois, uma vez que existimos num corpo físico, qualquer corpo, qualquer que seja a sua posição, tem de se situar num determinado lugar ou espaço.

Há autores que afirmam que o corpo é um espaço, ou uma parte de espaço. Augé afirma que “...podemos importar este efeito mágico da construção espacial ao facto de o próprio corpo humano ser construído como uma porção de espaço, (...) o corpo é um espaço compósito e hierarquizado que pode ser investido do exterior.” (Augé, 2005: 53). Santos diz que “é bom lembrar que o corpo é um espaço e, quando valorizamos a acção individual, estamos a respeitar o espaço corporal. A construção espacial é simbólica e é no corpo que a sua noção é registada.” (Santos, 1998: 1)

Percebemos o espaço através das observações da interacção do nosso corpo nesse mesmo espaço. Como já fora referido, é pela exploração e interacção do corpo e mente com o meio ambiente que a nossa percepção do espaço é efectuada. O corpo é o elo de ligação das pessoas com o espaço ou mesmo o mundo.

As várias formas de falar, andar, saltar, dançar, sentar, rir, dormir, ver, ouvir, tocar, saborear, viver, de expressar o corpo são condicionadas pelo contexto cultural das pessoas. Estas transformações corporais que actuam como formas de distinção das pessoas na sociedade, utilizando o corpo como objecto de interacção e adaptação ao meio social, de acordo com Mauss (1950 in Ferreira, 2008: 472)

O corpo é o principal elo de ligação entre a pessoa e o mundo, é ele, também, que traduz o diálogo “natureza e cultura”. O corpo possibilita a criança de apreender e explorar o mundo, estabelecendo relações com o espaço e com os outros.



A criança expressa-se com o corpo, através do movimento. E estes movimentos do corpo servem para a criança se exprimir, interagir com as outras crianças, com o espaço envolvente, produzindo novos conhecimentos.

É no espaço que se realiza a interacção entre pessoas, entre as pessoas e o espaço ou entre as pessoas e os objectos; é no espaço que o nosso corpo se encontra, posiciona, movimenta. Estudar a relação no espaço passa por entender a forma como o Homem usa esse espaço, qual a sua percepção cognitiva e afectiva. Estas relações são complexas porque dependem dos valores culturais de cada pessoa.

“(…) Merleau-Ponty rompe com a noção de corpo-objecto (…) e com as noções clássicas de sensações e órgãos dos sentidos como receptores passivos.” (Nóbrega, 2008: 142)

Alguns autores como Merleau-Ponty (1945-1994) estudaram a percepção como atitude do corpo. Ponty critica a noção de percepção proposta pelo pensamento objectivo através do conceito de sensação, a relação do homem com o corpo e o movimento. Em contrapartida a ciência com a sua versão positivista, considera a percepção como algo distinto da sensação, apesar de a utilizar como instrumento. Para Ponty, entender a percepção implica ter uma noção de sensação. A sensação é compreendida em movimento.

Assim, segundo o autor, a percepção está relacionada com o movimento do corpo. A experiência do corpo, para o autor é um campo criador de sentidos. Os movimentos acompanham a nossa percepção do mundo. As sensações estão associadas a movimentos e cada objecto convida à realização de um gesto. O autor reforça a teoria da percepção que tem por base a experiência das pessoas e caracteriza o espaço como expressivo e simbólico.

Para tal, reúnem-se algumas informações tais como a “percepção visual”; os “dados sensoriais” musculares, que fazem a pessoa concentrar-se em manter a posição do corpo direita e erguida; e os “dados sensoriais do labirinto, que também indicam a postura estática e mudanças na orientação do corpo com o movimento.” (Vernon, 1974: 155). Toda esta informação está intrínseca no Homem e por isso reagimos automaticamente por não termos consciência dela. No entanto, algumas das informações podem surgir de forma inadequada. Quando existe alguma divergência entre as informações podemos sentir por exemplo, vertigem, desorientação ou incapacidade para agir de forma correcta.

“O ambiente visualmente percebido forma uma espécie de esquema, ao qual se liga a posição do corpo e de outros objectos (…)” (Vernon, 1974: 155)

As crianças comunicam, interagem e partilham os significados do seu mundo. É comunicando e interagindo com outras crianças e com os objectos que a criança constrói o seu conhecimento e a sua personalidade. No entanto,



ela depende dos processos culturais do seu meio ambiente para juntar as imagens mentais que lhe permitem construir a realidade.

Num ambiente de Saúde a criança experimenta novos processos de interacção nomeadamente a interacção com os pais, com os outros doentes, com as outras crianças, com enfermeiros e médicos e também a interacção com os objectos e com o espaço.

As interacções realizadas numa sala de espera, resultantes da própria acção da criança sobre a sala, constituem uma experiência física, social, cognitiva e emocional que contribui para o seu desenvolvimento.

De acordo com Piaget, a primeira fase da vida do ser humano, o período sensório-motor, faz com que a criança absorva toda a informação através dos sentidos (sensório) e ao adquirir conhecimentos passa a construir o seu mundo pela relação directa e física que mantém com esse mesmo mundo (motor).

### 3.3.1.1 LINGUAGEM E MOVIMENTO

“A linguagem é muito mais do que um simples meio de expressão do pensamento; constitui de facto um elemento maior na formação do pensamento. (Sapir e Whorf em Hall, 1986: 12)

A humanidade constitui-se através da linguagem. Para muitos é vista como a primeira forma de expressão social. Considera-se a linguagem como uma forma de expressão, de comunicação e um fenómeno biológico que nos envolve com as outras pessoas e que se vai desenvolvendo à medida que vamos crescendo. A linguagem apresenta duas actividades fundamentais, de acordo com Oliveira (1992, in Viana, 2000: 67):

- 1 - “Intercâmbio social”, que resulta na comunicação das pessoas;
- 2 - “Pensamento generalizante”, que resulta numa experiência vulgar e simples.

“A comunicação é essencialmente um processo de estruturação da realidade feita através da percepção e da simbolização” de acordo com Myers & Myers (1990 in Lopes, 2004: 23).

Chauí (2000) fala da outra dimensão da linguagem. Diz-nos que a linguagem é um sistema de sinais com função indicativa, comunicativa, expressiva e conotativa. A linguagem possui uma função comunicativa, ou seja, é pelas palavras que nos relacionamos uns com os outros, que falamos, dialogamos, argumentamos, discutimos, ensinamos e aprendemos. Apresenta uma função indicativa porque aponta para as coisas que significam. A linguagem tem função conotativa ao exprimir pensamentos e sentimentos - uma mesma palavra pode ter diferentes leituras, diferentes significados. Por fim, a linguagem tem uma função expressiva percebida pela entoação.

“A linguagem é, assim, a forma propriamente humana da comunicação, da relação com o mundo e com os outros, da vida social e política, do pensamento e das artes” (Chauí, 2000: 173)

Por sua vez, Vygotsky (1994), professor e pesquisador, contemporâneo de Piaget defende que a construção da linguagem é realizada no social, no contacto com os outros, através das interações. Para o autor desde as primeiras interações do bebé que a linguagem já era construída no social. A linguagem atravessa a emoção e é reconhecida enquanto linguagem social. Ou seja, a criança nas suas interações manifesta sentimentos.

Segundo o autor, o pensamento está ligado à linguagem, e é desenvolvido a partir de instrumentos linguísticos, assim como pela experiência sócio-cultural da criança. Na abordagem de Vygotsky a linguagem é o motor do pensamento, por adquirir o papel de construção do pensamento. “À medida que o pensamento se torna mais diferenciado, a criança perde a capacidade de expressá-lo numa única palavra, passando a formar um todo composto (Vygotsky, 1996: 109).

Para Vygotsky, o domínio da linguagem permite à criança compreender os códigos sociais. A criança capta elementos de representação dentro de um contexto interactivo, de forma que as interações infantis são influenciadas pelas interações das outras crianças, adultos na relação com os códigos da cultura.

A linguagem pode ser vista como a forma de comunicação e expressão entre as pessoas, entre as crianças, por meio de diferentes símbolos (escrita, gesto, fala, escuta, desenho, jogo, brinquedo, movimento). Através das diferentes linguagens, as crianças expressam-se no seu dia-a-dia, no convívio familiar, escolar, construindo para a sua cultura e identidade infantil. Ao comunicar com o mundo e com os outros está simultaneamente em processo de aprendizagem e desenvolvimento.

Assim, a linguagem é um factor muito importante para estruturar o pensamento infantil. É através da linguagem que a criança fundamenta as suas acções, os seus comportamentos, as suas ideias, afirmações e negações.

“(...) Jean-Pierre Vernant mostra bem (...) como no par Héstia/Hermes, a primeira simboliza o lar circular situado no centro da casa, o espaço fechado do grupo retraído sobre si próprio, enquanto Hermes, deus do limiar e da porta mas também das encruzilhadas e das entradas das cidades representa o movimento e a relação com outros” (Augé, 2005: 51)

O movimento humano está presente no nosso dia-a-dia. É a base das nossas experiências que podem ser percebidas pelos sentidos. “O movimento do homem desenvolve-se na presença do olhar de outrem e assume dessa forma uma relação de significante e significado, por outras palavras, ele apenas

existe continuando por um outro 'ser expressivo' que o acolhe e o interpreta", de acordo com Boulch (1988, in Santos, 1988: 3)

Para as crianças, o movimento é uma das formas de exploração do mundo à sua volta e uma forma de interacção.

As crianças já sabem efectuar movimentos e distinguir sensações. As crianças movem-se num contexto de experiências sensoriais e motoras - sabem olhar, cheirar, agarrar e sentir objectos, são também sensíveis ao prazer e à dor, à fome, à sede, ao conforto e ao desconforto, têm liberdade de movimentos o que contribui para o desenvolvimento das suas habilidades motoras.

O movimento intervém desde os inícios da percepção e desempenha um papel cada vez maior devido à actividade perceptiva, de acordo com Piaget & Inhelder (1993, in Pereira, 2008: 26,27).

Na escola e nas instituições de educação infantil o corpo e o movimento são considerados contraditórios. A energia que as crianças possuem pode ser confundida como falta de educação. A criança sendo um ser irrequieto, necessita de espaços próprios para brincar, para estudar, para repousar, e para outras actividades.

As crianças ao movimentarem-se expressam sentimentos, emoções e pensamentos. O movimento humano é mais do que um simples deslocamento dos corpos no espaço, é visto como uma linguagem. O movimento permite às crianças actuarem nos espaços físicos, comunicarem, expressarem-se, interagirem.

Hunsinger (1992) comenta que é através dos movimentos efectuadas pela criança que a mesma percebe as diferentes sensações motoras, orgânicas, sensoriais e afectivas.

Segundo o autor, os primeiros movimentos da criança são reflexos. Esse movimento produz uma sensação nos músculos e articulações e essa grande concentração física e mental faz parte do conjunto das sensações. A reunião de todas as sensações provocadas pelo movimento reflexo constitui a estrutura fundamental do movimento; é o que o autor chama de "coordenação motora e psicomotora". A criança sente o movimento reflectido e as sensações que este provoca ficam registadas.

A coordenação motora é muito importante. É a partir dela que a criança conhece o próprio corpo, os outros corpos, relacionando-se com os outros e com o meio. (Hunsinger, 1992: 10)

É importante, ainda, que a criança enriqueça a sua habilidade em movimentar-se, que se liberte e se exprima através do movimento "conseguindo equilíbrio e estabilidade". (Hunsinger, 1992: 11)

### 3.3.2. INTERACÇÃO EMOCIONAL

“Todas as emoções usam o corpo como teatro” (Damásio, 2000: 71)

A etimologia da palavra emoção provém do Latim *emotionem* “movimento, comoção, acto de mover”. Ou seja, sugere um movimento para fora. “Emoção é uma reacção curta e intensa do organismo a um acontecimento inesperado, que é acompanhada por uma tonalidade afectiva agradável ou desagradável.” (Abrunhosa e Leitão, 2006: 136).

Na definição do dicionário da língua portuguesa (2009), emoção é uma “reacção psíquica e física (agradável ou desagradável) em face de determinada circunstância ou objecto, traduzindo-se em modificações da respiração, da circulação e até das secreções”; é a “alteração de ordem ou estabilidade”, “agitação”, “acto de deslocar” - um impulso neural que move um organismo para a acção.

Goleman esclarece que a emoção é um sentimento que engloba os “raciocínios daí derivados”, os “estados psicológicos e biológicos”, e o “leque de propensões para a acção”. (Goleman, 2006: 367)

Todas as pessoas de todas as idades, das diferentes culturas, de diferentes níveis económicos e sociais têm emoções.

As emoções são, como podemos interpretar, processos fundamentais para o nosso funcionamento, são importantes para o desenvolvimento do cérebro e domínio do funcionamento psicológico e social. São a resposta a estímulos que incluem sentimentos, trocas fisiológicas e impulsos para a acção.

O tema das emoções tem algum destaque ao longo da história por ser estudado em diferentes áreas do saber. Desde a filosofia, que procura as contribuições da emoção na vida do Homem e da construção do conhecimento; à antropologia que estuda a ligação entre as emoções e a dimensão cultural das sociedades; assim como a História e Sociologia. Também o campo científico faz realçar o papel das emoções no desenvolvimento humano. As neurociências têm evidenciado curiosidade pelo tema das emoções e pelos contributos dos sistemas emocionais na caracterização do comportamento humano. (Damásio, 1999 e 2003).

No mundo em que vivemos as emoções são desvalorizadas em detrimento da razão. O homem tem necessidade de se distinguir dos outros animais pelo facto de ser um ser racional. Mas tal como os animais temos emoções. As emoções são expressões no nosso corpo; “são os diferentes domínios de acções possíveis nas pessoas e animais, e as distintas disposições corporais que os constituem e realizam” (Humberto, 2002: 22). Ou seja, todas as acções do homem implicam um estado, uma emoção.

As emoções afectam o nosso organismo ao provocar alterações no nosso corpo.

As emoções provocam acções, que podem modificar o comportamento, conduzindo as pessoas à acção ou à inibição. “Emoções são poderosas reacções que exercem efeitos motivadores sobre o comportamento” (Murray, 1986: 80)

Algumas das reacções físicas derivadas das emoções acontecem em órgãos como o coração, o estômago, ou ainda nos vasos sanguíneos. As mudanças de temperatura, o calor ou o frio, os tremores, os suores, a dor de barriga são alguns dos efeitos visíveis no nosso corpo.

António Damásio (2005), neurocientista luso-americano estudioso das emoções, destaca a psicologia científica de William James como um marco histórico que procurava superar as perspectivas anteriores do Racionalismo. James estudou a psicologia humana e a natureza das emoções e dos sentimentos. James não atribui qualquer importância ao processo de avaliação mental da situação que provoca a emoção, nem às funções da emoção na cognição e comportamentos. Não avalia os estímulos que provocam a acção.

“Na perspectiva jamesiana, o corpo encontra-se sempre interposto no processo. (...) James, postulou a existência de um mecanismo básico em que determinados estímulos no meio ambiente excitam, através de um mecanismo inflexível e predeterminado à nascença, um padrão específico de reacção do corpo.” (Damásio, 2005: 145)

Para Damásio os sentimentos e as emoções têm significados diferentes. Damásio começa em *O erro de Descartes* por diferenciar “as emoções que experienciamos na infância, para as quais um 'mecanismo pré-organizado', do tipo jamesiano seria suficiente, e as emoções que experienciamos em adultos” (Damásio, 2005: 145). Para tal chama às emoções “iniciais” primárias e às emoções “adultas” secundárias.

### **Emoções primárias**

“Estamos programados para reagir com uma emoção de modo pré-organizado quando determinadas características dos estímulos, no mundo ou nos nossos corpos, são detectadas individualmente ou em conjunto” (Damásio, 2005: 146)

As emoções primárias, para Damásio, são inatas, pré-organizadas. São a protecção do Homem, uma reacção automático do organismo em relação ao meio. Estão incluídos nesta categoria, segundo o autor, a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa ou aversão. O medo é uma emoção pré-instalada nas pessoas à qual podemos tirar proveito numa situação de perigo.

Damásio diz que este mecanismo básico desenrola-se automaticamente através das estruturas do sistema límbico, pela amígdala e cíngulo enquanto

as emoções secundárias necessitam da intervenção dos córtices pré-frontal e somatossensorial.

### **Emoções secundárias**

“Ocorrem mal começamos a ter sentimentos e a formar ligações sistemáticas entre categorias de objectos e situações. (...)” (Damásio, 2005: 149).

A satisfação de reencontrar um amigo, ou o desgosto da morte de um parente são acontecimentos que podem alterar o nosso batimento cardíaco, a nossa tensão ou a nossa expressão e a nossa temperatura.

Damásio fala das emoções como acções ou movimentos perceptíveis para os outros que as observam, na medida em que são visíveis no corpo. Podem ocorrer na face - a mudança do tom da pele, na voz ou nos comportamentos. No entanto, há “outras alterações do estado do corpo que só são perceptíveis pelo dono do corpo em que ocorrem”. (Damásio, 2005: 153).

Desta forma, Damásio (2005) vê a essência da emoção como o conjunto de mudanças no nosso corpo, resposta do nosso organismo ao nosso pensamento sobre algum acontecimento ou pessoa, que são levadas a vários órgãos através das células nervosas sob o controlo de um sistema cerebral.

“A emoção é a combinação de um processo avaliativo mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais.” (Damásio, 2005: 153).

Damásio (2004) ainda nos fala das chamadas emoções sociais e das emoções de fundo.

As emoções sociais incluem a simpatia, a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, o ciúme, a inveja, a gratidão, a admiração e o espanto, a indignação e o desprezo.

As emoções de fundo são as emoções que se apercebem na pessoa quando está “'tensa' ou 'irritável', 'desanimada' ou 'entusiasmada', em 'baixo' ou 'bem-humorada', sem que uma única palavra tenha sido dita para traduzir quaisquer destes possíveis estados” (Damásio, 2000: 73). Pode ser detectada pela posição do corpo, pelos movimentos e contracção dos músculos.

As emoções de fundo podem ser apercebidas por todas as pessoas numa sala de espera, permitindo observar a tensão ou tranquilidade do doente, a energia ou cansaço, o bem-estar ou mal-estar, a esperança ou o desânimo.

O psicólogo Robert Plutchik sugere 8 emoções básicas: “o pressentimento, a cólera, a alegria, a serenidade, a surpresa, o medo, o pesar e a repulsa”. Segundo o autor estas 8 emoções primárias desencadeiam as emoções secundárias. O medo pode tornar-se em “timidez, apreensão, pânico ou terror”; a cólera pode levar à “irritação ou furor”; a felicidade conduz à tranquilidade, a sinais de inefável alegria, entre outros estados de espírito. (Abrunhosa, Leitão, 2000: 137)

“As emoções desenrolam-se no teatro do corpo. Os sentimentos desenrolam-se no teatro da mente” (Damásio, 2004: 34)

Damásio associa as emoções a alterações fisiológicas, modificações do estado do corpo, onde o objectivo é manter o organismo em posição de sobrevivência e bem-estar. “As emoções e as várias reacções que as constituem fazem parte dos mecanismos básicos da regulação da vida” (Damásio, 2004: 34)

O sentimento associa-se à experiência consciente das alterações do corpo, é um estado do corpo, a partir do qual pode surgir uma imagem mental do corpo.

“O sentimento de uma emoção, no seu mais puro e estreito significado, era a ideia do corpo a funcionar de uma certa maneira. (...) ideia pode ser substituída pelas palavras pensamentos ou percepção. (Damásio, 2004: 78)

Se compararmos as emoções com os sentimentos realmente observamos que as emoções são mais fortes mais curtas. A paixão é um exemplo.

Os sentimentos como o amor são mais duradouros e sem efeitos orgânicos. As emoções e os sentimentos são muito importantes para todas as pessoas. Fazem parte da nossa vida, orientam-nos e ajudam a tomar decisões.

“A emoção e o sentimento eram irmãos gémeos, mas tudo indicava que a emoção tinha nascido primeiro, seguida pelo sentimento, e que o sentimento se seguia sempre à emoção como uma sombra.” (Damásio, 2004: 15)

Para Damásio, primeiro surgem as emoções e só mais tarde os sentimentos porque “na evolução biológica as emoções vieram primeiro e os sentimentos depois” (Damásio, 2004: 35).

As emoções são reacções próprias do Homem. Os sentimentos têm funções muito mais personalizadas, segundo Damásio. Combinam a atenção, a lembrança e a imaginação de experiências conservadas na memória.

Damásio demonstra que as emoções acontecem em dois tipos de circunstâncias. O primeiro tipo processa-se pelos sentidos, quando uma pessoa



vê ou toca num rosto, num objecto ou num local; o segundo tipo processa-se pela memória de certos objectos e situações e os representa enquanto imagens na mente. Por exemplo, a recordação de um momento a partir de uma fotografia. O que acontece, naturalmente, é que os objectos produzem tipos de emoções diferentes.

Existe alguma dificuldade para as crianças perceberem e compreenderem expressões emocionais em figuras e fotografias, o que já não acontece nas suas experiências diárias com as pessoas reais (Vernon, 1974: 218). A expressão da cara é dinâmica e está constante a ser alterada, juntamente com gestos, outros movimentos corporais ou entoação da voz. Por isso, é claro que mesmo as crianças possam compreender as emoções das pessoas, nomeadamente as mais simples como o medo, a tristeza e a felicidade.

“A dor não é uma emoção propriamente dita. A dor é a consequência de um estado de disfunção local num tecido vivo, a consequência de um estímulo - lesão actual ou iminente de um tecido - que causa a sensação de dor, mas que provoca igualmente respostas reguladoras, tais como os reflexos, e pode também induzir emoções.” (Damásio, 2000: 97)

Aquilo que estimula a dor pode provocar uma emoção. A partir do momento em que o Homem tem consciência que sentiu dor, pode ser associada uma emoção. Assim como a dor, o prazer desencadeia outras emoções.

Normalmente associa-se à dor emoções negativas, por exemplo, a angústia, o medo e a tristeza - cuja combinação constitui o sofrimento. Também as doenças e os ambientes de saúde causam estes sentimentos negativos.

Ao prazer associamos emoções positivas tais como a felicidade e o orgulho. Como diz Damásio (2000) o “prazer e a dor fazem parte do design biológico, mas cumprem o seu papel em circunstâncias muito diferentes”. (Damásio, 2000: 99)

A dor encontra-se na mesma vertente do castigo, sendo associada a comportamentos de recuo e imobilização; o prazer, na mesma perspectiva da recompensa, associa-se à curiosidade, à procura e aproximação

Edward Murray diz em “Motivação e emoção” que a quantidade de sentimentos e reacções que existem no termo emoção são praticamente indefinidos. Refere alguns (negativas) como: o medo, a ira, a angústia, a ansiedade, o ciúme, a vergonha, a perturbação, o tédio e o desânimo. E outras positivas como: o amor, a alegria, a exaltação, o êxtase, o prazer e a felicidade.

Determinadas emoções como o medo, a insegurança, as sensações irracionais que por vezes as crianças sentem em alguma fase da sua vida, podem influenciar a sua auto-estima, o seu desempenho, na percepção e atenção com as outras pessoas e outras crianças e podem interferir, desta forma, na sua aprendizagem.



“As emoções são reacções fisiológicas e psicológicas que influem na percepção, aprendizagem e desempenho” (Murray, 1986: 80)

Para detectar as emoções básicas os psicólogos sugerem 2 critérios: (Abrunhosa, Leitão, 2000). O primeiro critério diz que as emoções básicas, são genéricas/universais, ou seja, são basicamente iguais independentemente da cultura da pessoa. O segundo critério defende que as emoções básicas surgem na infância, e não dependem da experiência de cada pessoa.

### **Desenvolvimento emocional nas crianças**

Pensar nos mais pequenos, corresponde na maioria das vezes em pensar na satisfação das suas necessidades básicas. É importante saber se a criança tem acesso a alimentos, ao vestuário, à escola, à saúde, mas não se pode ignorar as outras componentes emocionais.

A criança é um ser frágil e em desenvolvimento que pode não estar preparada emocionalmente para lidar com a experiência de uma possível doença, tratamento ou internação.

Nos primeiros anos da criança podemos visualizar as primeiras manifestações das emoções, positivas ou negativas como consequência das alterações do corpo da criança ou do exterior. Como exemplo temos o choro logo após o parto, a irritação do bebé que quer comer e o riso que transmite satisfação e alegria.

“Mais de 95% das expressões faciais apresentadas pelo bebé parecem ser de alegria, tristeza e raiva”, segundo Abe e Izard (1999, in Melo, 2005: 32).

Melo (2005) diz que entre os dois e os cinco anos a capacidade da criança para caracterizar emoções é desenvolvida até conhecer todas as emoções básicas. É nesta fase que pais e filhos conversam sobre as emoções e sentimentos e as suas causas. “No entanto estas emoções ainda não estão bem interiorizadas e dependem da presença de um adulto ou de outra pessoa por perto para se manifestarem” (Melo, 2005: 34).

Todas as emoções são importantes na infância. O autor refere que a alegria incentiva a interacção com outras crianças, promove as brincadeiras e o jogo enquanto a tristeza incentiva a “aproximação social e suporte emocional” (Melo, 2005: 34).

A partir dos 6 anos a criança dá entrada na escola primária e deparando-se com novas exigências comportamentais e sociais e com mais responsabilidade.

As crianças devem desenvolver estratégias para lidarem com os seus problemas diários, as suas preocupações e necessidades, com a tensão, com as emoções.



Figura 1 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga

O grau de exigência social vai-se tornando maior e passam a aumentar os sentimentos de insegurança, de medo, de culpa ou vergonha.

Podemos concluir que num espaço de saúde pública, onde a criança doente ou em vias de tratamento, pode sentir dor, sofrimento, tristeza e desagrado, acaba por se fechar sobre si mesmo, imobilizando-se e retraindo-se no meio. É urgente um ambiente emocional acolhedor, confortável e lúdico para a criança nos espaços de saúde pública ou privada.

### 3.4 A SAÚDE NA CRIANÇA

#### 3.4.1 A Criança

“A infância é certamente maior que a realidade” (...) “É no plano do devaneio, e não no plano dos factos, que a infância permanece em nós viva e poeticamente útil”. (Bachelard, 1993: 35)

As crianças são um grupo social determinante na sociedade pelo facto de a marcar constantemente. A criança insere-se na condição de sujeito activo, ao contrário do que se pensa. Possui um papel na sociedade e, tal como os adultos, direitos e deveres.

“Quanto mais uma sociedade se torna obsessivamente ocupada, mais dificuldades de adaptação ela provoca, exigindo mais e mais das crianças, afectando seriamente a sua possibilidade de serem felizes enquanto crianças, em nome da procura da sua felicidade futura quando adultos, como se ser criança não fosse já ser uma pessoa de pleno direito, mas apenas uma etapa de preparação para a vida adulta, considerando o tempo mais adequado para se alcançar uma vida boa e feliz.” (Araújo, 2009: 39)

Existem sempre crianças no mundo e estas têm um espaço e um tempo próprios e apesar das diferenças culturais, sociais, económicas, marcam uma fase de vida para qualquer pessoa.

As crianças expressam-se a partir de várias linguagens corporais, gestuais, verbais, plásticas; interagem através de estímulos sensoriais, progredindo mais tarde as outras capacidades, cognitivas, perceptivas, sociais. Assim, a infância, é a fase da vida caracterizada pelo desenvolvimento progressivo dos aspectos físicos, psicológicos, motores, cognitivos, emocionais e sociais.

Os estudos de James e Prout (1990) realizados nas diferentes décadas do final do século XX mostram “um novo paradigma para se olhar a infância”: (Lopes, 2007: 3)

- 1 - “A infância deve ser compreendida e interpretada como uma construção social; distanciando-se das suas concepções naturalistas e biológicas e aproximando-se da dimensão cultural de cada sociedade”;
- 2 - “Como dimensão social e cultural, marcado por variedades, é possível falar em infâncias e não apenas numa infância”;
- 3 - “As crianças devem ser percebidas como activas na construção da sociedade e enquanto sujeitos repleto de relações sociais, são merecedoras de estudos a partir de si mesmas”;

A questão que aqui se coloca é, porque é que, apesar das crianças serem um grupo social permanente na sociedade, por vezes são esquecidas nos diferentes ambientes construídos pelo Homem? Quantos são os Hospitais, Centros de Saúde ou Unidades de Saúde com espaços adequados às crianças?

De acordo com Werneck (1997, in Isayama, Campos, Simão, Garcias, Moreira e Tavares, 2005: 3) a infância é uma etapa da vida onde se deve tirar proveito do próprio corpo, da criatividade de forma a ampliar o “universo gestual”.

“A 'infância' é um período da vida caracterizado pela aceleração gradual dos aspectos físicos, psicomotores, cognitivos emocionais e sociais. Nesta fase as interações da criança fazem-se através de estímulos sensoriais, desenvolvendo-se mais tarde outras capacidades cognitivas, perceptivas, sociais e morais.”, de acordo com Ferrer, (2000, in Redondeiro 2003: 74)

As crianças transmitem-nos alegria e esperança, têm uma maneira única de se exprimirem, de se movimentarem, de brincarem, de estar no mundo e têm o direito de viver totalmente a infância. Possuem uma imaginação sem limites e muita disponibilidade para a brincadeira.

Desta forma, as crianças devem possuir um espaço próprio dentro das instituições de saúde pública, nomeadamente na sala de espera, local onde aguardam impacientemente pela consulta médica. Com criatividade, cor, imaginação, trabalho e recursos pode-se melhorar a qualidade dos espaços das crianças. O resultado pode ser infinitamente divertido e gratificante para os mais pequenos e para os pais ou acompanhantes, pelo facto das crianças descobrirem as suas capacidades, habilidades e talentos, construírem auto-confiança, aprenderem a socializar e ao mesmo tempo não se aperceberem pelo tempo de espera.



Figura 2 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga



Figura 3 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga

### 3.4.2 AS ACTIVIDADES LÚDICAS

“O desenvolvimento infantil está vinculado ao brincar, principalmente porque esta actividade apresenta-se como uma linguagem própria da criança” (Revista Brasileira de Enfermagem, 2005)

O brincar é uma característica inata nas crianças que serve como forma de comunicação, descoberta do mundo exterior e pode ser vista como uma fuga da realidade.

A criança brinca porque gosta, brinca sem obrigação, brinca quase de forma inconsciente. “As crianças não precisam de ser mobilizadas para jogar futebol, saltar à corda ou ver televisão, porque essas actividades possuem em si uma dinâmica interna que a atrai, como elas mesmo reconhecem (...)” (Araújo, 2009: 109).

O brincar e as actividades lúdicas aumentam o conhecimento que as crianças têm delas, e do mundo que as rodeia. “(...) o que leva a considerar a actividade lúdica como intimamente relacionada com o desenvolvimento da criança e, assim, com a aprendizagem” (Araújo, 2009: 132).

A actividade lúdica propicia o desenvolvimento emocional, físico, intelectual e social da criança e é uma fonte de prazer. Proporciona sentimentos de felicidade, confiança e calma. São ainda importantes para a criança porque “representa um espaço para o seu reconhecimento enquanto alguém que decide, que tem autonomia, repensa acções, aprende a respeitar as regras construídas colectivamente pelo grupo, avalia e procura alternativas críticas e criativas para os problemas que surgem no quotidiano”. (Isayama, Campos, Simão, Garcias, Moreira, Boshi, 2005: 2)

É no brincar que a criança pode dar uso à sua criatividade e espontaneidade. Através das brincadeiras, dos jogos, da imaginação, a criança pode fantasiar ser um pessoa com grandes qualidades físicas e económicas, que a fazem esquecer do espaço real em que se encontra, ao projectar desejos irrealizáveis.

Pensar no brincar ou no jogo enquanto forma de aprendizagem, socialização, distração, entretenimento num espaço de saúde público requer pensar em vários factores. De acordo com Lopes, Humberto, & Araújo, Maria José (2004) “jogar é estar em acção e é através da acção que construímos a nossa percepção do Mundo” (Araújo, 2009: 132).

Vygotsky contribui com estudos na área da educação. Contrariamente a Piaget, Vygotsky não estabelece fases para explicar o desenvolvimento da criança e para ele o sujeito não é activo nem passivo mas interactivo. Considera que o desenvolvimento ocorre ao longo da vida.

O autor estudou a influência do brinquedo no desenvolvimento da criança e diz que é através dele que a criança realiza determinadas acções que estão

muito além dos seus limites e capacidades de compreensão. Para o autor, o brinquedo faz com que a criança diferencie as situações do pensamento e as situações reais.

“O brinquedo surge na vida da criança juntamente com a sua capacidade de imaginar, de transcender o real e construir um mundo simbolicamente possível. O brinquedo, na realidade, surge da necessidade e do desejo frustrado da criança realizar algo que concretamente ela não pode naquele momento. Esse mundo de desejos realizáveis que desencadeia um novo comportamento na criança, é o que chamamos de brinquedo.” (revista portuguesa da educação, 2006)

Mas pensar no brincar, nas actividades lúdico-educativas, no jogo em salas de espera das Unidades de Saúde Familiar não é um trabalho fácil porque para muitas pessoas não há compatibilidade entre esses temas. Quando se pensa no lúdico direciona-se imediatamente para à infância já que nesta fase manifesta-se com maior intensidade. “Para as crianças, muitas actividades são também uma forma de brincar. Porque a criança 'não brinca para aprender, aprende porque brinca'” de acordo com J.Epstein (1996, in Araújo, 2009: 15)

Na sala de espera infantil, o brincar é um recurso favorável à espera da consulta médica. As actividades lúdicas cumprem entre outras as seguintes funções: “ocupar o tempo livre; promover a independência e confiança da criança no meio hospitalar; melhorar a estabilidade psíquica perante situações delicadas; apoiar e partilhar as preocupações, seus problemas e prestar um importante apoio emocional às crianças e aos pais” (Gonzalez, 2000; citado por Redondeiro, 2003: 84).

O brincar “também é auto-curativo, terapêutico e configura-se como sinal de saúde. Em suma, o brincar no hospital é uma forma da criança lidar criativamente com a sua realidade” (Oliveira e Mattioli: 4)

Assim o jogo enquanto instrumento terapêutico pode facilitar a comunicação das crianças e despertar a sua curiosidade e interesses em instituições de saúde. As actividades lúdicas servem para ocupar o tempo, distrair a criança, promover a confiança da criança, apoiar a psíquica e emocionalmente.

Logo, a implementação de jogos nos ambientes de saúde, pode ajudar a criança a abstrair-se da carga negativa desse mesmo espaço.

Devem-se criar espaços de qualidade, espaços confortáveis, com brinquedos e jogos que estimulem os sentidos e o dinamismo da criança.

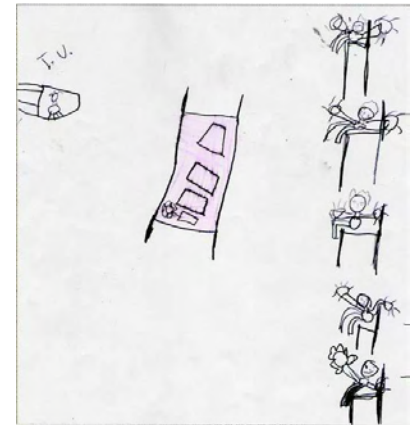


Figura 4 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga



Figura 5 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade da escola EB1 de Nogueiró, Braga

### 3.4.3 A CRIANÇA E A DOENÇA

“Todo o ser humano, face à doença, tem medo e sente insegurança, reacção aceitável para quem vê a doença como um primeiro passo para o sofrimento, incapacidade e morte, agravado por vezes devido ao corte como o meio sócio-familiar.” (Redondeiro, 2003: 72)

A doença, o sofrimento, o envelhecimento e a morte são processos que fazem parte da vida do homem. Mas quando o ser humano tem que enfrentar a doença sente medo, insegurança e tristeza pelo corte com o meio social e familiar. A doença é um desvio no percurso normal da vida de uma pessoa que quebra o ritmo normal do quotidiano. Para as crianças as doenças e os ambientes de saúde interferem mais com a sua vida pelo facto de serem mais vulneráveis e frágeis e por implicar uma mudança no estado habitual de saúde e rotina. São um “ataque” para a criança.

A doença não é um fenómeno que surge casualmente. É um desequilíbrio no corpo humano, um enfraquecimento do sistema imunitário, que pode ser provocado pela instabilidade emocional. Quando surge, provoca uma ruptura no bem-estar físico e psicológico da pessoa.

A permanente presença da doença e do sofrimento na vida das pessoas tem conduzido a um conceito de saúde que afasta a doença, ou seja, pensa-se em saúde quando há ausência de sinais objectivos de que o corpo não está a funcionar de forma correcta. A doença afecta a integridade e desenvolvimento emocional da criança.

As crianças entendem a doença como um castigo, “como uma punição culpabilizando-se pela própria doença” em casos de falta de obediência ou transgressão de uma ordem dada na escola ou em casa. (in Redondeiro, 2003: 38).

Redondeiro (2003) diz que, entre os dois e os seis anos de idade, as crianças não conseguem separar “os fenómenos saúde e doença” como acontecimentos contrários. Para a criança a doença é um fenómeno que não é natural, é mágico. Não consegue perceber que as causas da doença podem ser factores externos como o frio, o calor, as diferenças de temperatura, de acordo com Piaget (1979, in Redondeiro, 2003: 38). A autora diz ainda que entre os 6 e os 7 anos, a criança já consegue associar a doença a uma causa exterior, uma “infecção não específica”. O contágio surge em situações de contacto com pessoas próximas, como amigos, familiares ou vizinhos.

De acordo com Redondeiro, no período pré-operatório a criança entende que a doença surge “pela proximidade física com um agente externo (embora não seja necessário o contacto)”, por sua vez, no estágio das operações concretas, aproximadamente entre os 7 e 12 anos de idade, as crianças deixam de se preocupar só consigo, têm “flexibilidade de pensamento”, que lhes permite



pensar nos outros e no mundo. A criança percebe que são vários os factores que a podem pôr doente e descreve as causas em “termos de bom ou mau funcionamento dos seus órgãos internos”. (Redondeiro, 2003: 39).

Assim, conseguimos perceber que o conceito de doença para as crianças vai sendo modificado ao longo das fases e que acaba por entender que fica doente porque se descuidou, ou porque lhe foi transmitido algum micróbio (pessoa ou objecto).

Deste modo, as salas de espera infantis, dedicadas a crianças entre os 2 e os 12 anos não podem suportar um grande número de crianças dado o risco de contaminação de doenças. As salas devem ter materiais facilmente laváveis, resistentes e impermeáveis. As salas, os equipamentos e os brinquedos devem estar em bom estado de conservação e higiene, o que implica que seja limpa e desinfectada regularmente.

Os materiais, pavimentos e revestimentos devem ser facilmente laváveis e seguros - lisos, impermeáveis, para facilitar a sua lavagem. O ideal seria conjugar estas características à eliminação de odores e substâncias nocivas ao ambiente, que impedisse a proliferação de fungos e bactérias.



Figura 6 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade da escola EB1 de Nogueiró, Braga

### 3.4.4 ESPAÇOS DE SAÚDE

“A OMS coloca Portugal em 12º lugar. O sistema de saúde português ficou em 12º lugar, na tabela classificativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), no conjunto de 191 países. (...) Um grupo de cinco médicos analisou os cuidados de saúde primários em Portugal entre 1960 e 2002 e, apesar das melhorias significativas, encontrou ainda um conjunto de falhas no que toca à organização, espera e comodidade. Lacunas que colocam o país no 38º lugar.” Introduzido por pmduque (2006, Portugal em Grande)

Desde a década de 60 do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS) requiere uma noção de saúde integral que destaque as necessidades das crianças. (Junior, Coutinho, Ferreira, 2006: 112)

No entanto, os espaços de saúde, enquanto instituições que prestam assistência à saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos têm sido alvo de considerações tais como ambientes potencialmente desfavorável e limitado ao desenvolvimento humano. A imagem que as famílias possuem dos espaços de saúde não é a melhor e é vista como o local onde as pessoas se deslocam quando estão doentes.

A perspectiva negativa que as pessoas apresentam dos espaços de saúde é possível ser observada no trabalho *Controle de qualidade em atenção primária de saúde - A satisfação do usuário*. Este trabalho procura desenvolver uma metodologia para a avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais de

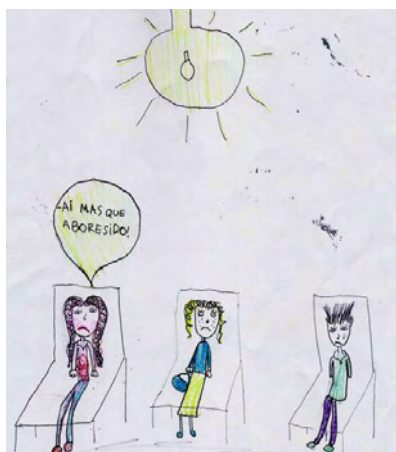


Figura 7 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade da escola EB1 de Nogueiró, Braga

uma Unidade de Saúde. Aborda as questões da satisfação dos serviços de saúde, o controle de qualidade, entre outros aspectos. O trabalho *Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria de um hospital universitário* também estudou o ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas Unicamp o que permitiu comparar diversos indicadores de qualidade da assistência médica prestada.

“O Objectivo do Programa Conforto foi avaliar as condições de conforto nas zonas públicas dos 31 Hospitais (...) Nos Espaços interiores o conforto está, em primeiro lugar, dependente da relação entre o número de utilizadores e a dimensão dos espaços. Em seguida, e não necessariamente por esta ordem de importância, vêm os seguintes aspectos: climatização/ventilação; qualidade e limpeza de instalações sanitárias; iluminação; mobiliário/equipamento/sinalização; ambiente. (...) as intervenções de primeira prioridade obrigam a alterar a relação entre o número de utilizadores e a dimensão dos espaços. O investimento em equipamento, sinalética e mobiliário é importante, mas insuficiente.” (Risco, 2004: 2)

O estudo do *Programa Conforto* realizado em Maio de 2004 aos Hospitais aponta para a necessidade de intervir nas características físicas do espaço e melhorar alguns espaços.

Este estudo implica dois tipos de intervenção, uma ligeira e uma pesada, sendo grande parte dos problemas detectados através de intervenções ligeiras, quase sempre ao nível de equipamento e da comunicação nas quais o design é a disciplina com maior competência para a sua resolução.

Relativamente às salas de espera, nomeadamente as salas de pediatria, este estudo defende que devem ser aumentadas ou criadas, caso não existam, porque são insuficientes para o número de crianças. Deve-se instalar um sistema de atendimento, de ventilação e ar condicionado, reformular a sinalética, e substituir o equipamento, se necessário. Os níveis de conforto devem ser melhorados, bem como a decoração e os níveis de limpeza das instalações. Deve-se reorganizar o mobiliário e facilitar o acesso das pessoas de mobilidade reduzida.

A criança é um ser em desenvolvimento e com pouca experiência dado o curto tempo de vida. É por isso mais frágil comparativamente ao adulto e quando se encontra em ambientes desconhecidos sente-se insegura e ansiosa.

Assim quando a criança está doente, além da própria doença, carrega consigo as suas ansiedades, os receios e fantasias. Mas é possível gerar sentimentos positivos. Se por um lado a ansiedade, o aborrecimento de esperar, o sofrimento da doença está presente, por outro, o desejo de obter a cura proporciona uma percepção de alívio. As instituições de saúde deveriam minimizar a percepção de sofrimento nas crianças através da qualidade do espaço.



Desde o momento de entrada, a criança enquanto paciente deverá encontrar um ambiente com qualidade, confortável, adequado às características típicas da infância. Os profissionais de saúde, designers e arquitectos devem pensar em alternativas que integrem características mais correctas para crianças, promotoras da educação, da ludicidade, do conforto, da qualidade.

#### 3.4.4.1 A SALA DE ESPERA

As salas de espera são espaços de interacção, de trocas, de conversas e de novas amizades mas também local de longas esperas; são lugares onde as pessoas se cruzam, misturam, trocam palavras e olhares, onde as solidões por momentos se esquecem.

A sala de espera infantil é um espaço que se destina à espera pela consulta médica ou serviço de enfermagem, onde as crianças podem comunicar, trocar experiências, impressões, contribuindo para a interacção e desenvolvimento social das crianças.

Araújo (2009) diz que as actividades devem ser pensadas com a participação das crianças, a partir dos seus interesses, as suas necessidades, diante de uma noção de infância que vê as crianças como seres activos, com personalidade, de forma a dar-lhes a oportunidades de exprimirem o que sentem, da forma que desejam.

As actividades a criar nas salas de espera em ambiente de saúde devem por isso ser mais lúdicas do que educativas já que a criança pode encontrar-se doente e pode não estar disposta a adquirir conhecimentos. Isto permite à criança experimentar brincadeiras, estar entretida e ainda interagir com outras crianças, onde “o próprio processo da escolha é já uma actividade que é válida por si. (...) de uma maneira geral, as crianças gostam de fazer coisas, de brincar, e para elas, brincar pode também ser realizar actividades.”(Araújo, 2009: 118).

“Através da brincadeira, as crianças aprendem a escolher, tomar decisões, avaliar, distinguir, decidir. (...) Para as crianças, o brincar ajuda a ler a realidade social, ajuda a interpretá-la e a agir sobre ela, e o jogo obriga a decidir, a escolher...” (Araújo, 2009: 136).

Estas salas necessitam de um contributo, de uma intervenção para melhorar o bem-estar físico e emocional da criança, promovendo a aprendizagem, as actividades lúdicas e pedagógicas tão importantes para o processo de desenvolvimento da criança. Propõe-se uma sala que promova as relações entre as crianças, o brincar, o divertimento, pelo facto desta, por definição ser um lugar carregado de sentido.

O sentido que nela se procura vale hoje como valia ontem para cada criança doente. As salas de espera deverão ser espaços que contrariem os “não-lugares” de Marc Augé, que contrariem a individualidade solitária, o



Figura 8 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade da escola EB1 de Nogueiró, Braga



Figura 9 - Desenho de um aluno do 3º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga

passageiro, o provisório e o efémero. “O espaço do não-lugar não cria nem identidade singular, nem relação, mas solidão e semelhança”. (Augé, 2005: 87)

As salas de espera dos espaços de saúde são espaços com necessidade de serem modificados, como podemos observar no *Programa Conforto*. As famílias, crianças, adultos e idosos aguardam, nas salas de espera, pelas consultas médicas ou por algum tratamento de enfermagem. Pode-se verificar a impaciência, a ansiedade, a irritabilidade e o isolamento nestes espaços pela forma como têm sido projectados.

O universo de uma sala de espera, tem sido objecto de estudo por arquitectos, designers, e outros profissionais.

O maior desafio destes profissionais, é contribuir para que os doentes aguardem a consulta sem ansiedade e medo, é criar um espaço de espera excelente, com qualidade e conforto. O espaço de espera infantil deve ser igualmente confortável, com qualidade e com actividades lúdico-pedagógicas.

Desta forma, enquanto esperam pela consulta, as crianças aproveitam esse tempo. “O tempo livre apresenta-se-nos com muita cor e brilho, variado instável e interferente, ligado aos caprichos do imaginário e da sensibilidade”, de acordo com Pereira (1993, in Redondeiro 2003: 70)

Na infância, o tempo livre é especial e deve ser aproveitado. É propício para o desenvolvimento das relações e da personalidade. Faz parte das vivências diárias da criança. A criança pode fazer render o tempo de espera, pela consulta médica na Unidade de Saúde Familiar a que pertence, com actividades lúdicas que a tornam mais segura e confiante.

No entanto, o problema do contágio nas salas de espera das Unidades e Centros de Saúde deve ser reflectido. Para tal, a escolha dos brinquedos, equipamentos, materiais, dos revestimentos é essencial que seja cuidada. Estes devem ser também de fácil lavagem.

#### 3.4.4.2 UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

As Unidades de Saúde Familiar são um modelo de saúde simples, organizado e flexível que contraria as “tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical”. (Unidade de Saúde Familiar RRE, 2005). As Unidades de Saúde familiar prestam cuidados de saúde à população e proporcionam maior proximidade e qualidade do serviço às pessoas. De acordo com o Ministério da Saúde a Unidade de Saúde é um modelo inovador de organização da prestação de cuidados de saúde às pessoas.

A equipa multiprofissional, os médicos, enfermeiros, e outros profissionais cumprem as funções de gestão organizativa, técnica e de execução dos serviços.

Cada Unidade de Saúde Familiar é uma unidade operativa adaptada ao Centro de Saúde da respectiva área da Administração Regional de Saúde.

A missão para as Unidades de Saúde Familiar (USF) deve consistir na acessibilidade, na satisfação das pessoas, utentes ou profissionais; na qualidade

do espaço e do serviço. As Unidades de Saúde devem ainda ter como missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde.

#### 3.4.4.3 NORMAS E PADRÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) revela-nos o desafio colocado aos Centros de Saúde como sendo o de prestar cuidados de saúde de qualidade, melhorando o conhecimento e o relacionamento com os doentes e ao mesmo tempo minimizando os tempos passados em tarefas administrativas lentas, é o desafio que se coloca hoje em dia aos Centros e Unidades de Saúde.

Responder às exigências do Ministério da Saúde e da sociedade no que diz respeito a mudanças estratégicas e à necessidade de maior racionalização da prestação de cuidados de saúde só é possível com uma gestão rigorosa e apoiada por sistemas de informação.

O Ministério da Saúde, desde 2006, estabelece as seguintes orientações para as instalações e equipamentos das salas de espera em Unidades de Saúde Familiar.

As dimensões das salas de espera são determinadas de acordo com o tipo de serviço prestado e o número de utentes. Estas salas destinam-se aos doentes, acompanhantes e devem estar contíguas à recepção, de preferência em área aberta, dispondo dados sobre tempos médios de espera no serviço de urgência e cuidados primários existentes.

As salas de espera devem ser construídas de acordo com as boas normas de construção civil respeitando os índices de qualidade térmica e acústica dos regulamentos em vigor.

Relativamente aos acabamentos, os materiais devem seguir as normas das unidades de saúde: “lisos, a fim de evitar a fixação de poeiras; laváveis, para se melhorar a higiene e a segurança contra a biocontaminação; resistência ao fogo, em conformidade com legislação; resistência mecânica, ao desgaste e aos agentes químicos”. (Ministério da Saúde, 2006: 39, 40).

Os pavimentos devem criar condições de isolamento de forma a evitar a transmissão de ruído aos outros pisos e as paredes devem possuir um “acabamento adequado às exigências funcionais do compartimento, nomeadamente quanto à possibilidade de limpeza e resistência mecânica”. (Ministério da Saúde, 2006: 39, 40).

A direcção-Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde recomenda que as salas de espera, para crianças e acompanhantes devem estar localizada junto à recepção e num espaço exterior à área clínica. As salas devem ter cadeiras e mesas de apoio; acesso a um telefone público, máquina multibanco e bebidas.



Figura 10 - Desenho de um aluno do 1º Ano de Escolaridade, da escola EB1 Nogueiró, Braga

## 4. ESTUDO DE CASO

Este capítulo compreende todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, enquadra o estudo, descreve todo o processo de observação e analisa as salas de espera das Unidades de Saúde Familiar e os inquéritos por questionário.

Procura-se com esta pesquisa sujeitar a directrizes ou subsídios que orientem a qualidade, a organização, o design no momento de construir as salas de espera infantis em ambiente de saúde.

A partir de uma pesquisa que reúne os Centros e Unidades de saúde na cidade de Braga, tendo como objectivo a análise das salas de espera e das salas de espera infantis, o estudo das possibilidades que permitem melhorar as condições oferecidas pelas mesmas às crianças, selecionei 2 edifícios. Estes edifícios incorporam um Centro de Saúde e uma Unidade de Saúde Familiar.

O estudo foi desenvolvido através da observação directa dos dois edifícios, o Centro de Saúde Braga I (Carandá) e o Centro de Saúde Braga II (Maximinos) e respectivas Unidades de Saúde Familiar, através de inquéritos, de desenhos e de entrevistas.

Os inquéritos, desenhos e entrevistas foram realizados em contexto escolar, e contam com a participação de crianças, do primeiro e terceiro ano lectivos de escolaridade da Escola EB1 de Nogueiró em Braga, os respectivos pais e os professores do mesmo edifício escolar, e de outras escolas como a Escola EB 2.3 Francisco-Sanches e do Jardim-de-Infância Cangosta da cidade de Braga.

O objectivo foi avaliar as salas de espera infantis dos espaços de saúde e em simultâneo possibilitar a percepção das necessidades e desejos das pessoas.

“Entre os diferentes objectos que podem ser tomados como pontos de partida para a definição de qualidade de uma organização - produto, produção, valor acrescentado e consumidor - esta perspectiva prefere tomar o consumidor como fonte de orientações normativas para a qualidade, propondo que as suas necessidades, desejos e expectativas sejam tomadas como fontes de especificação dos requisitos dos produtos e da definição da política operacional da qualidade. Na medida em que coloca o ponto de partida para pensar a qualidade nos clientes, cujas necessidades são a razão de ser de toda a organização, ela pode servir a todo o tipo de organizações, independentemente da sua dimensão ou natureza.” (Domingues, 2004: 14)

## FOTOGRAFIAS RECOLHIDAS DA SALA DE ESPERA INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE BRAGA I



Figura 11 - Cartaz na Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga I



Figura 12 - Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga I



Figura 13 - Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga I



## FOTOGRAFIAS RECOLHIDAS DA SALA DE ESPERA INFANTIL NO CENTRO DE SAÚDE BRAGA II



Figura 14 - Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga II



Figura 15 - Sala de Espera Infantil do Centro de Saúde Braga II

**FOTOGRAFIAS RECOLHIDAS DA SALA DE ESPERA  
DE CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL E VACINAS  
DE CRIANÇAS NO CENTRO DE SAÚDE BRAGA II**



Figura 16 - Sala de espera para consultas de saúde e vacinas de crianças no Centro de Saúde Braga II



Figura 17 - Equipamento existentes na sala de espera para consultas de saúde e vacinas de crianças no Centro de Saúde Braga II



Figura 18 - Equipamento existente na sala de espera para consultas de saúde e vacinas de crianças no Centro de Saúde Braga II

**FOTOGRAFIAS RECOLHIDAS DA SALA DE ESPERA INFANTIL  
DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR MANUEL ROCHA PEIXOTO**



Figura 19 - Sala de Espera Infantil da Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto



Figura 20 - Sala de Espera Infantil da Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto



## 4.1 ENQUADRAMENTO

Existe na cidade de Braga quatro Centros de Saúde e quatro Unidades de Saúde Familiar. São eles o Centro de Saúde Braga I - Carandá e a respectiva Unidade de Saúde Familiar, no último piso do edifício; o Centro de Saúde Braga II - Maximinos e respectiva Unidade de Saúde Familiar (Manuel Rocha Peixoto), também no último piso; o Centro de Saúde Braga III - Infias; o Centro de Saúde de Gualtar e respectiva Unidade de Saúde Familiar e a Unidade de Saúde Familiar Brácara Augusta.

Existe ainda três Administrações Regionais de Saúde: a Administração Regional de Saúde Norte da Sub-Região de Saúde de Braga (no edifício do Centro de Saúde Braga II); a Administração Regional de Saúde Braga (encontra-se no edifício do Centro de Saúde Braga I) e Administração Regional De Saúde do Norte.

### 4.1.1 OBSERVAÇÃO E ANÁLISE

A análise do trabalho centrou-se na problemática da qualidade do espaço das salas de espera infantis nos Centros e Unidades de Saúde da cidade de Braga. A análise efectuada compreende a observação dos espaços, os inquéritos por questionários, os desenhos e as entrevistas.

Foram observadas directamente todas as Unidades de Saúde Familiar (USF), bem como os centros de saúde (CS) da cidade de Braga. No entanto, este estudo analisa apenas o Centro de Saúde Braga I, no Carandá, o Centro de Saúde Braga II, em Maximinos e respectivas Unidades de Saúde Familiar.

Braga dispunha até ao ano de 2008 apenas duas Unidades de Saúde Familiar, tendo sido construídas no final de 2008, inícios de 2009 mais duas Unidades, a USF Brácara Augusta e a USF Manuel Rocha Peixoto. Estas dispõem de uma sala de espera infantil com alguns cuidados com as cores, os materiais, os equipamentos, disponibilizando uma mesa e cadeiras, alguns jogos e livros lúdicos para as crianças brincarem (imagens 17 e 18).

Este é um elemento positivo que me leva a acreditar que a preocupação pelas crianças e pela qualidade dos seus espaços passará a ser um aspecto fundamental no planeamento dos espaços de saúde pública com atendimento infantil.

As instituições existentes até 2008, na cidade de Braga, carecem de salas de espera infantis com qualidade. Foi observada a unidade de Saúde Familiar de Gualtar que dispõe de duas salas de espera de adultos, uma em cada piso, onde apenas uma das paredes de cada sala possui alguns brinquedos que tornam possível o encontro das crianças. Por sua vez, a Unidade de Saúde Familiar do Carandá apresenta uma sala com cadeiras para a criança se sentar

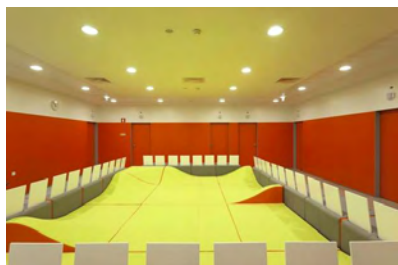


Figura 21 - Sala de Pediatria do Hospital Privado de Boa Nova



Figura 22 - Sala de Pediatria do Hospital Privado de Boa Nova



Figura 23 - Sala de Pediatria do Hospital Privado de Boa Nova



Figura 24 - Sala de Pediatria do Hospital Privado de Boa Nova

e esperar pela consulta do médico, pela toma de vacinas ou outro serviço de enfermagem.

Os centros e unidades até então existentes não apresentam, no seu projecto inicial, qualquer espaço dedicado às crianças. É visível a diferença entre as instituições de saúde pública antigas e as recentes, no momento de planear os espaços que os constituem.

Mas em Portugal existem alguns bons exemplos como podemos ver nas imagens. Podemos observar um bom exemplo de uma sala de espera infantil no Hospital Privado de Boa Nova em Matosinhos, onde a sala de espera infantil apresenta um mobiliário fixo, confortável. A sala transmite segurança através dos materiais e facilita o controle das actividades e das brincadeiras das crianças por parte dos pais. Este é um bom exemplo de incentivo à interacção das crianças.

## 4.2 QUESTIONÁRIOS

As opiniões foram devidamente registadas em papel, por meio de notas, desenhos, inquéritos não muito elaborados dado o curto espaço de tempo para a investigação. Os questionários pré-definidos utilizados neste estudo foram dirigidos às crianças; aos pais das crianças e aos professores e educadores (Anexos). Apresentam os objectivos do estudo e garantem o anonimato das respostas.

### 4.2.1 AOS PAIS

O grupo dos pais das crianças da escola EB1 Nogueiró contribuiu amavelmente para esta investigação.

#### 4.2.1.1 Apresentação e análise dos resultados

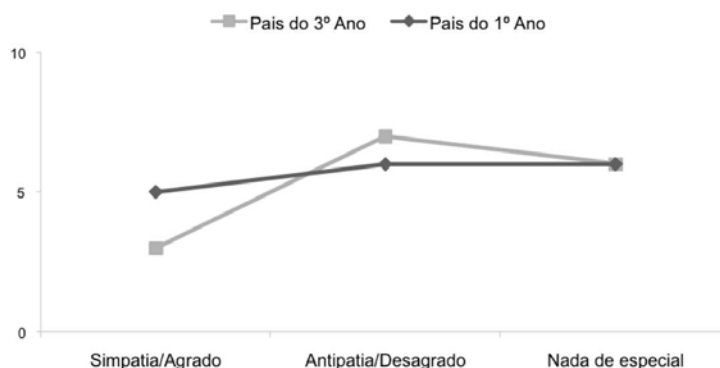


Gráfico 1 - Distribuição do Impacto das salas de espera para os pais

O primeiro gráfico demonstra como é o contacto com o ambiente dos pais das crianças da Escola EB1 de Nogueiró, se de agrado e simpatia ou desagrado e antipatia ou nada de especial. Os inquiridos igualmente que o primeiro impacto com o ambiente do seu Centro de Saúde (CS) ou Unidade de Saúde Familiar (USF) é de antipatia/desagrado e de um sentimento de indiferença. Foram poucos os pais que responderam que sentem agrado e simpatia pelas salas de espera.

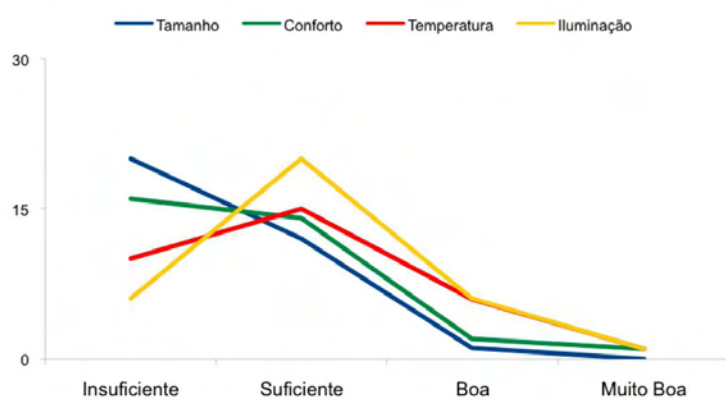


Gráfico 2 - Percepção do pais quanto ao Tamanho, ao Conforto, à Temperatura e à Iluminação da sala de espera do respectivo Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar.

Desta leitura infere-se que os pais consideram as salas de espera dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar pouco satisfatórias, na medida em que o tamanho das salas é insuficiente, o conforto, a temperatura e a iluminação variam entre suficiente e insuficiente.

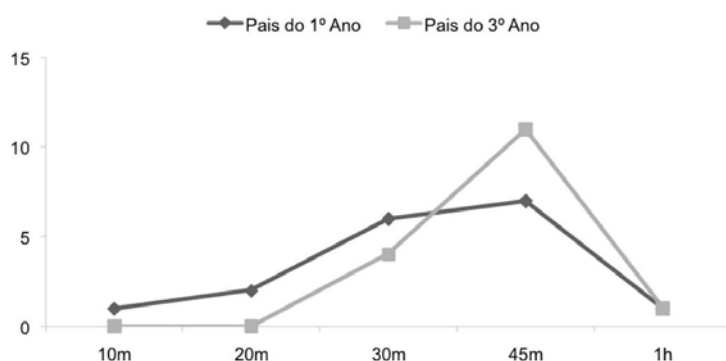


Gráfico 3 - Tempo de espera aproximado das crianças pela consulta médica, na sala de espera do seu Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar

É grande a necessidade que se faz sentir para se renovar estes espaços, visto que todas as pessoas, de todas as idades frequentam os CS e USF e logo as salas de espera, local de espera pela consulta médica.

Os pais têm conhecimento que os seus filhos e outras crianças costumam esperar, para cima de 45 minutos, pela consulta do médico nas Unidades e Centros de Saúde.

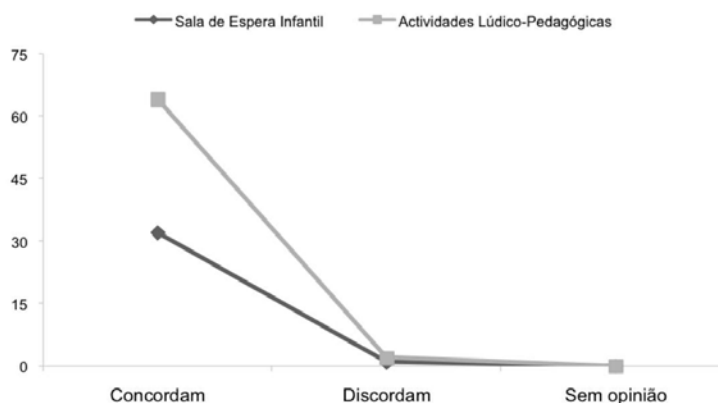


Gráfico 4 - Distribuição das opiniões dos Pais quanto às salas de espera infantis serem espaços lúdicos e educativos.

Os resultados dos inquéritos evidenciam que a maioria dos pais tem uma opinião positiva no que diz respeito à construção de salas de espera dedicadas às crianças:

- “Seria o ideal”;
- “Acho muito bem, visto que se deve separar as crianças dos adultos”
- “As crianças juntas suportam melhor o tempo de espera”
- “Têm de estar quietas para não aborrecer ninguém e também é uma forma de ajudar a esquecer a doença”
- “A criança reage melhor ao espaço em que se encontra”
- “Acho muito bem, pois as crianças saturam-se mais rapidamente num ambiente fechado”
- “Penso que seria óptimo, não só pela simples existência, mas pelo facto de não se cruzarem vírus e bactérias”.
- “Nos locais onde se faz atendimento infantil deveria ser obrigatório”
- “Seria o ideal nos nossos centros, mas nada disso se encontra”
- “Acho óptimo, porque por vezes as crianças vêm mais doentes para casa quando vão ao Centro de Saúde, do que quando recorremos a esses serviços.”
- “Deveria ser obrigatória a sua existência.”

A indecisão de alguns pais relativamente a este tema deve-se ao facto de terem algum receio por parte dos seus filhos. “Por um lado as crianças distraem-se, mas é preciso ter em atenção que o ambiente já está saturado com doenças e os objectos que as crianças vão manusear estão sujos e sem nenhum cuidado”. Os pais que discordam com a criação de uma sala de espera infantil no Centro ou Unidade de Saúde têm a percepção dos ambientes de saúde como

lugares de passagem e rápido atendimento o que não justifica a existência desse espaço. Reclamam o risco de contágio com as mais diversas doenças, e para tal, não permitem que os seus filhos recorram a uma sala de espera e brinquem com outras crianças que possam estar doentes.

O grupo dos Pais concordam igualmente que a sala de espera das crianças deve ser um espaço lúdico e educativo, para as crianças aproveitarem o tempo de espera a brincar, jogar, aprender.

Opiniões de alguns pais:

- “Se tiverem jogos para brincar e se foram educativos melhor”;
- “É bom entrar na sala de espera com os nossos filhos e ver que eles podem-se ocupar com jogos enquanto todas as crianças se divertem”;
- “Acho muito bem, apesar de que, quando as crianças estão doentes não lhes apetece brincar”;
- “Eu concordo pois muitas vezes as crianças ficam saturadas de estar nesses locais e essas salas ajudam à criança a distrair-se, a conviver e também a aprender”;
- “Concordo plenamente, pois as crianças apesar de doentes, têm um comportamento diferente querendo brincar para se distrair”;
- “Enquanto brincam estão distraídas e toleram melhor o seu mau estar”
- “Sim, e se possível assistente especializada”
- “Claro, um lugar onde podem descontraír e relaxar.”
- “Acho essa ideia fantástica porque é muito difícil entretermos uma criança doente enquanto esperam ser atendidos e assim sempre se passa melhor o tempo.”

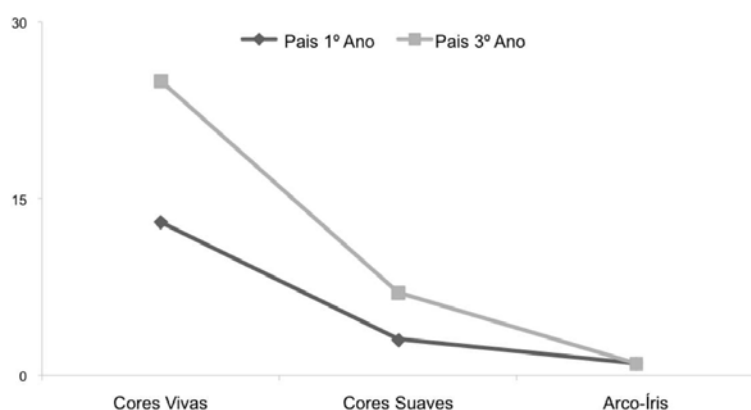


Gráfico 5 -Preferência dos Pais pelo tipo de cores das salas de espera infantil

Os pais preferem que as salas de espera infantis tenham cores alegres e vivas, estimulantes: “Devem ser coloridas, salas com cores alegres e figuras infantis”. Outros preferiram mesmo as “cores suaves, adequadas à fase etária em questão”; “As cores suaves acalmam. As cores fortes tornam-nos irritadiços.

Concluindo, os pais não apresentam uma boa opinião relativamente às salas de espera dos Centros de Saúde e Unidades de saúde Familiar, reclamando mais espaço; mais janelas, para circular o ar; ar condicionado e aquecimento moderado; um espaço infantil isolado do restante: “todas com local apropriado para as crianças”; mais cadeiras de espera (confortáveis); televisão, revistas/jornais, livros, salas limpas e higiénicas; uma boa iluminação (de preferência natural), uma decoração agradável. Concluindo reclamam melhores condições, um bom atendimento “melhores profissionais, e mais simpatia da parte dos funcionários”, o suficiente para se sentirem confortáveis enquanto esperam.

Relativamente ao equipamento, aos materiais e objectos nas salas de espera infantis predominam os brinquedos, os jogos, puffs e sofás, cadeiras pequenas, mesas, livros infantis, computadores, televisão com desenhos animados. Alguns pais falaram na existência em material de escrita e pintura e ainda numa biblioteca pequena, outros apenas referiram materiais coloridos ou adequados às idades.

## 4.2.2 AOS EDUCADORES E PROFESSORES

O grupo desta investigação é composto por educadoras e professores que, por praticarem a sua profissão em espaços escolares, funcionam como elementos fundamentais na organização e reorganização dos espaços educacionais com qualidade. Este grupo é composto por 27 professores/educadores.

### 4.2.2.1 Apresentação e análise dos resultados

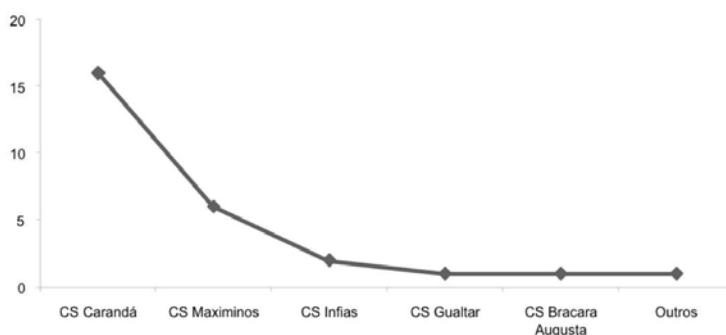


Gráfico 6 - Distribuição dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde dos professores inquiridos

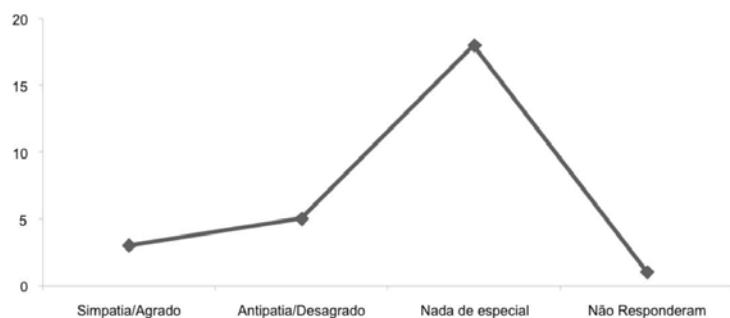


Gráfico 7 - Impacto dos professores quando entram no respectivo Centro ou Unidade de Saúde

Através da análise dos gráficos 6 e 7 pode-se concluir que a maioria dos inquiridos pertence aos Centros de Saúde I e II de Braga, campo de análise desta investigação. Os inquiridos enquadrados na área da educação não sentem “nada de especial” quando entram no seu Centro ou Unidade de Saúde. Apenas uma pequena percentagem de inquiridos sente agrado pelo ambiente do seu Centro de Saúde.

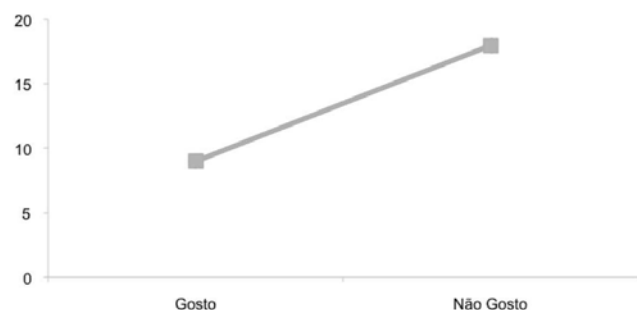


Gráfico 8 - Opinião dos professores sobre as cores das salas de espera do seu Centro ou Unidade de Saúde

Os inquiridos não gostam das cores utilizadas nas salas de espera dos ambientes de saúde e reclamam cores claras e suaves, excepto o branco: como o tom azul, azul claro, verde água, lilás, salmão, rosa. Uma pequena percentagem gostaria de cores coloridas, alegres, quentes.

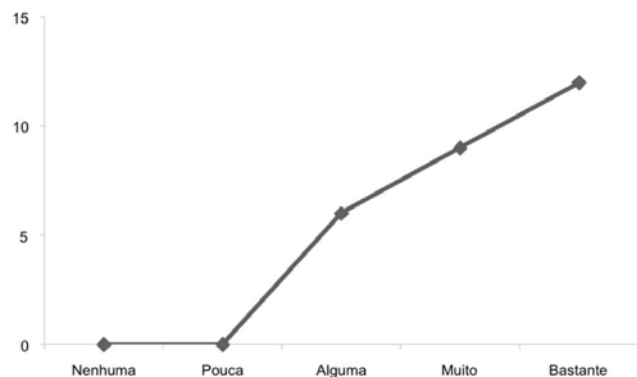


Gráfico 9 - Importância dada ao conforto, pelos professores, nas salas de espera do seu Centro ou Unidade de Saúde.

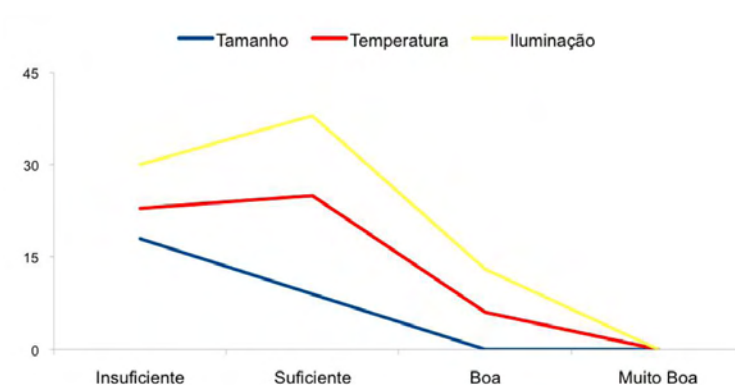


Gráfico 10 - Opinião dos professores quanto ao tamanho, temperatura e iluminação da sala de espera do seu Centro ou Unidade de Saúde.

Para este grupo de inquiridos o tamanho das salas de espera é insuficiente, já a temperatura e a iluminação é suficiente.

No entanto, o que se pretende em ambiente de saúde é a qualidade e isso implica excelência nos diversos espaços dos Centros de Saúde, especialmente das salas de espera, local onde os utentes aguardam para cima de 45 minutos pela consulta médica. Excelência nos materiais, no conforto, no tamanho, na temperatura, nos níveis de iluminação.

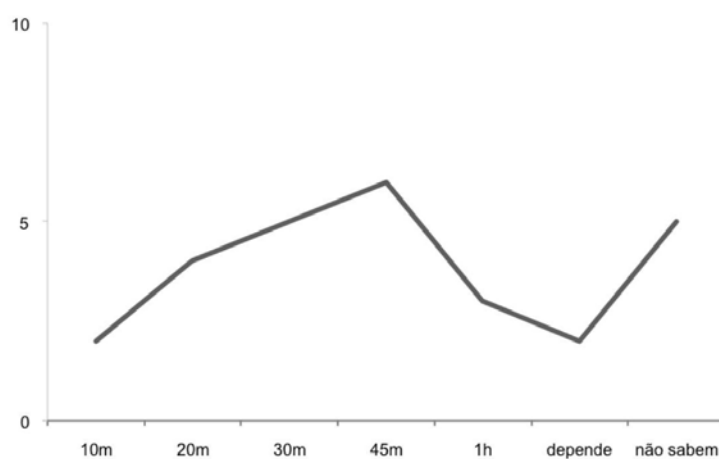


Gráfico 11 - Opinião dos professores quanto ao tempo de espera das crianças nas salas de espera dos Centros ou Unidades de Saúde.



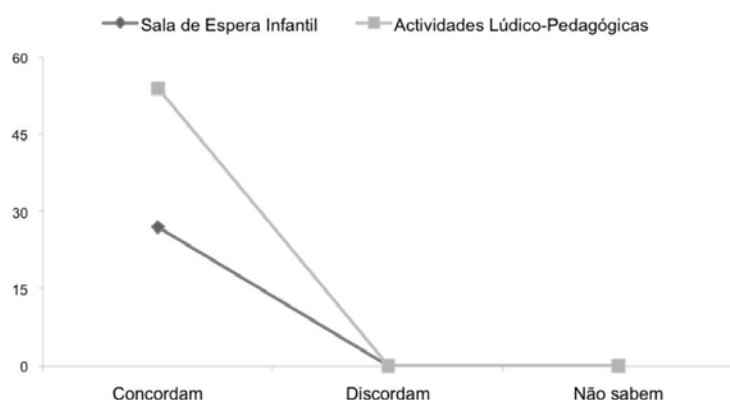


Gráfico 12 - Opinião dos professores sobre a construção de salas de espera infantis enquanto espaços lúdico-educativos

Apresenta-se algumas respostas às perguntas: *O que pensa da existência de uma sala de espera dedicada às crianças?; A sala de espera infantil deverá ser um espaço lúdico e educativo, para as crianças aproveitarem o tempo de espera a brincar, jogar, aprender?*

— “Prioritária!”

— “Urgente criar”

— “Contribuirá para amenizar outros espaços que necessitam de maior tranquilidade”;

— “Sim, pois dessa forma as crianças estarão a aprender, a saber estar consigo e com os outros, noutros espaços”

— “Fundamental, para as crianças libertarem os seus receios em relação aos profissionais de saúde.”; “Sim, deste modo o tempo passado numa sala de espera é tempo útil e agradável para as crianças.”

— “Elementar. Tornaria mais calmos outros espaços.” “Confortável, com artefactos adequados às idades das crianças”

— “Sim, enquanto brincam até esquecem que estão doentes, caso o ambiente seja agradável e recheado de coisas bonitas”

— “Sim, de modo a aproveitarem e apreciarem o tempo em que estão à espera da consulta, sem sentirem medo ou qualquer tipo de sentimento negativo”

— “ FUNDAMENTAL! Para os adultos estes espaços já não são simpáticos, considero-os mesmo uma autêntica 'tortura'; para as crianças é 'o tal espaço' que desejam nunca entrar. Para além de ser um espaço 'feio', não é atractivo, não lhes 'oferece' alternativas para o tempo de espera que, normalmente, é longo. Mesmo doentes as crianças necessitam de distrações, de estarem 'ocupadas', e que melhor do que um espaço lúdico-pedagógico para 'passarem' o tempo? Os Pais agradecem e as crianças divertem-se, exploram, 'aprendem' e 'desenvolvem-se'. Tempo ganho, interacção garantida entre Pais e crianças! Claro está, com o devido cuidado, tendo em conta a 'patologia' da criança.

— “Para estar triste já basta estar doente. Para ficar mais triste aconselho a ida a um centro de saúde.”

— “Uma excelente ideia; uma também dedicada aos idosos, uma vez que as tradicionais não oferecem condições de comodidade a este grupo.”

— “Acho que faz todo o sentido que exista uma vez que nos Centros de Saúde e USF também são atendidas crianças, embora sem prioridade e misturadas com os adultos. Por isso, uma sala de espera dedicada a elas e, conforme a gravidade do caso, ser-lhe dada prioridade em relação aos adultos”; “Concordo, até porque assim além de se tornar o tempo de espera proveitoso para jogos lúdicos e educativos, a ida ao médico (o Sr. da bata branca) pode ser encarada de forma mais positiva pelas crianças.”

— “Se tiver informação apelativa e em linguagem adequada às crianças pode ser também um espaço de aprendizagem embora, na minha opinião, o espaço deva ser primordialmente relaxante e 'anti - stressante' e lúdico, já que uma criança doente está normalmente impaciente e amedrontada.”

— “Concordo plenamente.”; “Deveria ter objectos de brincadeira (não ruidosos), jogos, animadores como palhaços que poderiam ajudar a fomentar bons hábitos de saúde (particularmente alimentares e de higiene, e segurança)

— “É um aspecto muito pertinente e importante uma vez que as necessidades e pontos de interesse das crianças são distintas das dos adultos mas no meu concelho não existe esse espaço” - *Centro de Saúde de Monção*.

— “Fundamentalmente para desviar a sua atenção do motivo que as leva ao centro de saúde, desdramatizando o estado doentio, criando desta forma um estado de espírito receptivo à consulta, à ida ao centro de saúde, aos tratamentos”

— “Penso que deveriam existir salas específicas para as crianças, pois estas não devem estar à espera juntamente com os doentes adultos”.

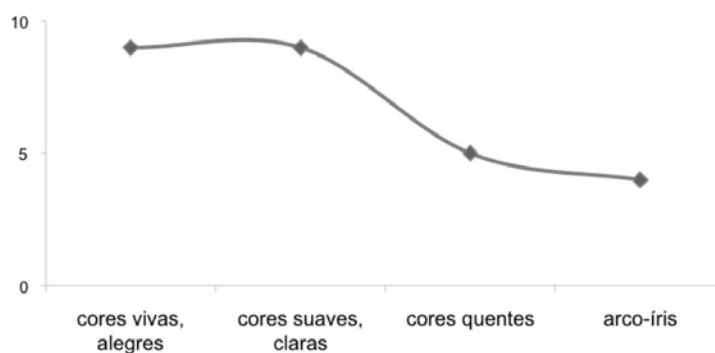


Gráfico 13 - Preferência pelas cores dos professores em salas de espera infantil de Centros ou Unidades de Saúde Familiar

Para uma sala de espera infantil, os professores apreciam igualmente cores claras e suaves e as cores vivas e alegres.

As condições que os professores recomendam para as suas salas de espera é essencialmente um bom atendimento, um ambiente agradável, confortável, higiénico, limpo e com luminosidade. A nível de equipamentos solicitam televisão, revistas, jornais e cartazes informativos.

Exemplos disso podem ser confirmados em algumas verbalizações dos professores:

- “Ambiente sereno, espaços dignos, sinaléticas simples e eficazes, conforto”
- “Deve ter um bom ambiente onde sobretudo o conforto predomine”
- “Locais confortáveis e adequados ao número de utentes, onde todos possam estar sentados”
- “Deve ser alegre e, fundamentalmente, não cheirar a medicamentos.
- “Ser acolhedora, iluminada, arejada: ser um espaço amplo, com cor, com cadeiras confortáveis e suficientes para os utentes se puderem sentar, ter revistas actuais, jornais do dia, boletins informativos sobre vários temas (nomeadamente de “alerta” para alguns “problemas” de saúde, com um complemento de sugestões para melhorar esse mesmo “problema”)”
- “Espaço, conforto e silêncio”
- “Luz, cor suave, amplitude, conforto (cadeiras e sofás), serviços de apoio como água, sanitários, apoio para bebés, máscaras, informação clara e apelativa, recepção atenciosa (delicadeza, paciência e educação da(o) recepcionista)”
- “Algo mais alegre e quente e não aquele 'bege doente’”

Segundo este grupo de inquiridos as salas de espera dedicadas às crianças devem ser especialmente confortáveis, alegres e coloridas, com brinquedos educativos, jogos, livros, histórias, mesas e cadeiras pequenas, adaptadas às crianças. Devem estar obrigatória e frequentemente limpas. Os equipamentos e a decoração que os professores requerem é o mais adequado, atractivo e confortável para as crianças, referindo os jogos (jogos de peças grandes), os livros infantis, o papel de desenho com os respectivos materiais, figuras para colorir, riscadores apropriados, bonecos e figuras da Banda desenhada:

- “Com condições que permitissem despertar a curiosidade da criança, sem equipamentos que produzam ruído”;
- “(...)Deveria ter jogos, filmes e livros para as crianças brincarem e se distraírem enquanto esperam. Deveria ser separada da sala de espera dos adultos”
- “Acolhedora, lúdica e educativa”
- “Uma sala onde as crianças pudessem estar sem que sentissem a tensão emocional de esperarem pela consulta médica”.
- “Mobiliário confortável e atractivo. Jogos adequados a diferentes idades. Equipamentos audiovisuais”

- “Deve ter mesas e cadeiras coloridas, puffs e/ou almofadas no chão; paredes coloridas inclusive com imagens de contos infantis, jogos didácticos e brinquedos para diferentes idades, livros de histórias e para colorir, lápis de cor, tapetes fofinhos.”
- “Equipamento que não provoque “danos” nas crianças, que cumpra todas as regras de segurança. A decoração, o mais colorida e divertida possível. Até se poderia colocar um “mural” de papel de cenário, por exemplo, possível de alterar sempre que o mesmo estivesse preenchido, no qual as crianças pudessem desenhar, escrever e aproveitá-lo para “decorar” diferentes partes do Centro de Saúde: gabinetes dos médicos das crianças, por exemplo.”
- “Paredes coloridas, preferencialmente com desenhos, mobiliário adequado à estatura, água, instalações sanitárias com algum equipamento adequado à estatura, televisão com programação adequada, livros infantis, jogos de construção ou puzzles com peças grandes e laváveis.”
- “Na minha opinião, penso que alguns livros, uma mesa e cadeiras adequadas às crianças com lápis de cor e folhas de papel para poderem dar largas à sua imaginação, puzzles, jogos e alguns materiais de construções, como por exemplo os legos.”
- “Equipamentos seguros, confortáveis com design colorido e simples”
- “Uma decoração que respeita as idades a que a sala se destina, ou seja, decoração alegre e agradável com materiais educativos de fácil manuseamento e manutenção (material diversificado desde jogos de atenção, de motricidade, livros, bonecos/as e outro mais lúdico)”
- “Deveria, antes de mais, existir. Caso ela existisse, devia ser confortável com puffs, cadeiras pequenas e alguns brinquedos que fossem higienizados o mais possível. Deveria estar pintada com cores aprazíveis e decoração adequada. A luz devia ser predominantemente natural e a presença de plantas seria indicada.”
- “Acho que sim até porque a espera é sempre motivo de irritação para as crianças, associado ao facto de, normalmente, não gostarem de ir ao médico.”
- “Colorida (atraente), com mesas para pinturas, legos, livros infantis e brinquedos (casinha em miniatura, cavalinho)”
- “Tapetes de material específico (fofinho), protecções em tomadas e objectos pontiagudos, cores fortes, bonecos conhecidos da TV (canal Panda), material informático com jogos interactivos, bancos de espera, brinquedos e materiais didácticos.”

### 4.2.3 ÀS CRIANÇAS

A amostra deste estudo é constituída por 49 crianças, de ambos os sexos - 23 meninas e 18 meninos, com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos de idade, do 1º ao 3º ano de escolaridade, da Escola EB1 de Nogueiró de Braga. O trabalho de campo neste contexto, foi realizado dentro da sala de aula. Procurei minimizar a minha presença para não intervir com a opinião das crianças.

O instrumento de recolha de informação aplicado às crianças consiste também em algumas perguntas simples (Anexo 3). Este instrumento procura registar quanto tempo as crianças costumam esperar pela consulta médica no seu Centro ou Unidade de Saúde Familiar e quais as actividades concretas que as mesmas realizam enquanto esperam, com quem esperam e se gostavam que existisse uma sala para as crianças brincarem enquanto aguardam a sua vez.

#### 4.2.3.1 Apresentação e análise dos resultados

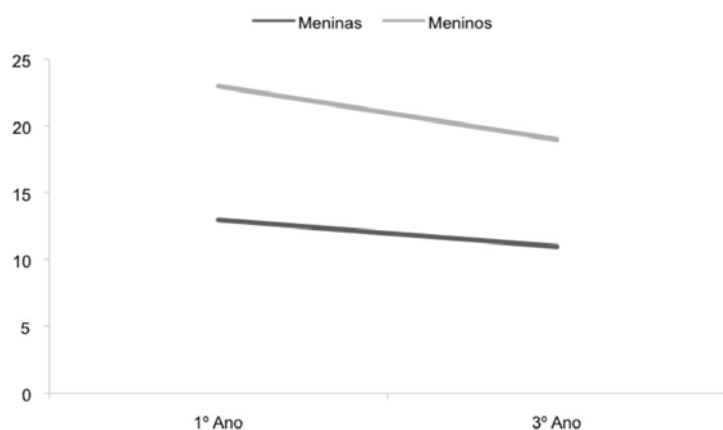


Gráfico 14 - Distribuição por género

Para este estudo, em contexto escolar, foram seleccionadas as crianças da escola EB1 de Nogueiró de Braga do 1º e 3º anos de escolaridade. Os 21 alunos inquiridos do 1º ano são constituídos por 13 meninas e 11 meninos; enquanto os 19 alunos inquiridos do 3º ano reúnem 11 meninas e 8 meninos.

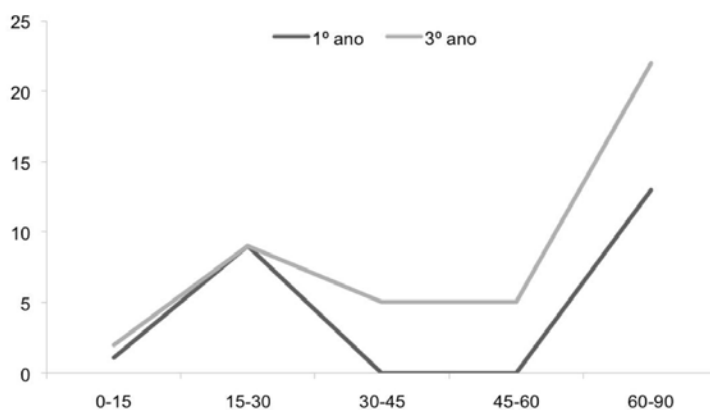


Gráfico 15 - Opinião das crianças sobre o tempo de espera da consulta médica

Numa estatística de 49 crianças do 1º e 3º anos de escolaridade, 6 responderam que costumam esperar pouco e 5 esperam cerca de 15m. Para cima de 30m e até 60m obtive 11 respostas. 26 crianças afirmaram mesmo esperar mais de 90m ou “muito tempo”. Este resultado fundamenta a relevância deste estudo. Deve ser proporcionado às crianças um espaço infantil para um tempo de espera aproximado dos 45 minutos.

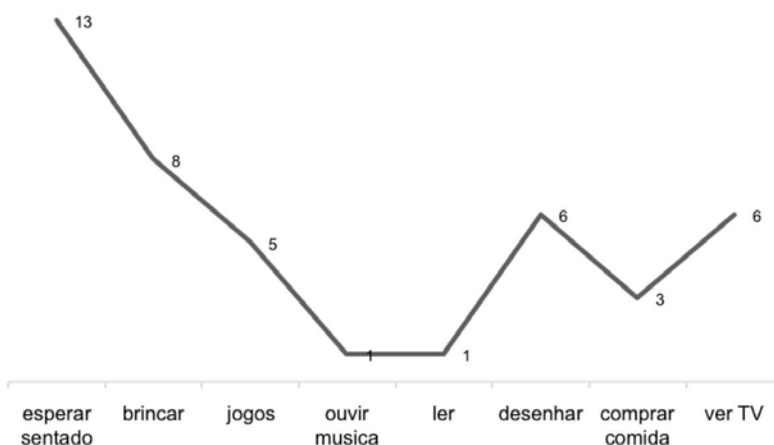


Gráfico 16 - Atividades das crianças enquanto esperam pela consulta médica

No estudo feito às 49 crianças da Escola EB1 Nogueiró consegui apontar as actividades mais utilizadas enquanto esperam pela consulta médica do seu Centro ou Unidade de Saúde Familiar.

Treze crianças responderam que costumam simplesmente ficar sentadas à espera, por norma com o pai ou a mãe; 8 crianças disseram que ficam a brincar, mas 6 afirmaram levar os brinquedos de casa assim como 5 das crianças brincam com jogos (telemóvel, game-boy, entre outros); 6 desenham; mais 6 crianças ficam a ver Televisão; 3 vão comprar comida (às máquinas), 1 crianças costuma ouvir música e outra costuma ler.

Com o intuito de tentarmos perceber se deverão existir salas de espera dedicadas às crianças nas Unidades ou Centros de Saúde Familiar, e se essas salas devem ser espaços lúdicos e educativos, questionámo-las, o que deu origem a várias respostas.

Desta-se:

- “Sim, porque é divertido!”
- “Sim, eu gostava porque é muito aborrecido!”; - “Sim, para não me aborrecer”
- “Sim, para brincar!”
- “Eu gostava de ter uma bola.”
- “Sim, se não é uma seca!”
- “Sim, eu gostava de ter jogos!”
- “Eu gostava de ler”; “Sim, para ver livros”
- “Sim adorava”; - “Claro que sim!”

Todas as crianças concordaram com a existência de uma sala de espera infantil repleta de brinquedos, jogos e livros para passarem melhor o tempo de espera.

## 4.3 DESENHOS

### 4.3.1 ANÁLISE DOS RESULTADO

Por meio do desenho é possível a criança transmitir a sua experiência, o que é importante para ela, como vê e o que sente em determinado espaço. É um excelente meio de expressão e comunicação da memória afectiva e de recolha da percepção de cada criança sobre uma sala de espera.

A realização dos desenhos (anexo 3) contou com a participação dos alunos do 1º ano e 3º ano de escolaridade da Escola EB1 de Nogueiró, em Braga. O seu contributo tornou o meu trabalho mais produtivo e divertido.

Os desenhos realizaram-se para melhor entendimento do processo de representação espacial das crianças. Os períodos observados nas crianças correspondem ao Período Pré-Operacional (2-6 anos de idade), e ao início do Período das Operações Concretas, que compreende a faixa etária dos 7 aos 12 anos. Pediu-se às crianças que se imaginem na sala de espera do seu Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar. Assim, esta imagem mental foi representada por meio de desenho. O desenho no fim traduziu a ideia que eles têm das salas de espera em ambientes de saúde.

Este trabalho constituiu um desafio para os mais pequenos pelas dificuldades que ainda possuem em representar algo que está na imaginação.

Os desenhos dos alunos do 1º Ano de Escolaridade não mostram preocupações com a perspectiva, mas com os objectos e as pessoas que têm mais importância na vida das crianças, como a própria criança que está a desenhar, a mãe ou outros elementos da família.

Expressões de Mães para filhos:

- “Joana tem Paciência!”
- “Tens de esperar!”

Expressões das crianças:

- “Mamã demora muito tempo?”
- “Já estou farta quero ir embora”
- “Que seca!”
- “Ai! Mas que aborrecido!”
- “Quem me dera estar numa sala de espera só para mim e para outros meninos”
- “Estou farta de estar aqui!”

Podemos constatar que, no geral, as crianças entendem que a sala de espera do respectivo Centro ou Unidade de Saúde é um só espaço, um espaço único onde aguardam pela consulta juntamente com o pai, ou a mãe ou outro acompanhante.

## 4.4 ENTREVISTA

As entrevistas foram realizadas à educadora do Jardim de Infância Cangosta em Lameiras, Braga e à psicóloga da Escola EB2.3 Francisco-Sanches que me permitiram registar as suas percepções sobre o contributo do design em salas de espera das Unidades de Saúde Familiar. A participação da educadora e da psicóloga centrou-se em questões que envolvem a pedagogia da infância, as teorias do desenvolvimento e aprendizagem, os comportamentos, sentimentos, a percepção das crianças. O guião da entrevista é apresentado no Anexo 4.



A qualidade e o conforto são dois conceitos que têm que integrar as premissas exigidas aos projectistas dos espaços de saúde, uma vez que até à data são apenas considerados, pelo Ministério da Saúde, requisitos quantitativos nos programas para as instituições de saúde.

A qualidade do serviço de saúde<sup>2</sup>, a qualidade do espaço, a qualidade da comunicação, a organização, o conforto, a comodidade, a inclusão constituem aspectos relevantes da actualidade, cuja dimensão tem o envolvimento de profissionais das mais diferentes áreas do conhecimento.

Ao definir a qualidade de um espaço de saúde pública deve-se ter em conta as necessidades, os desejos e as expectativas das pessoas. Os utentes são o motivo de orientação para a definição do conceito de qualidade nas salas de espera em Unidades de Saúde Familiar.

A qualidade e a excelência dos ambientes é percebida quando o produto, o serviço ou o ambiente vai de encontro às necessidades e expectativas das pessoas. A qualidade não passa, necessariamente, pela questão monetária, pelo que se conseguem espaços distintos e com elevado grau de perfeição com poucos recursos. Nos espaços de saúde pública o objectivo é a qualidade e a excelência.

Reconhecida a importância do valor da qualidade e do conforto nos espaços públicos, da sua interferência com o bem-estar das pessoas, e mediante o recorte teórico desta investigação é possível formular algumas considerações úteis para um projecto de qualidade em ambiente de saúde.

O conforto e o bem-estar dos pacientes terão que estar incluídos nos requisitos de humanização dos ambientes de saúde.

A sala de espera deve contemplar a excelência e a qualidade no espaço, e ainda, no atendimento, no serviço, na comunicação, nos equipamentos, na limpeza e na higiene. As salas devem ser organizadas e os sistemas de comunicação devem ser interpretados por todas as pessoas, inclusive pelas crianças.

Deve ser proporcionado, quando necessário, às crianças tempos de espera com o máximo de conforto, comodidade e segurança. Verifica-se que nos espaços de saúde, o tempo de espera pode ser longo, mesmo em casos de urgência.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

<sup>2</sup> "Gattinara et al. (1995) também sinalizam vários factores que determinam a qualidade dos serviços de saúde: competência profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipa, habilidades de comunicação); satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo); acessibilidade (cultural, social, geográfica, económica); eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipa); eficiência (custos, recursos, riscos). (Uchimura, 2002: 1565)

Através dos gráficos podemos concluir que a noção do tempo de espera dispendido na sala de espera de uma Unidade de Saúde Familiar é, para as crianças (aproximadamente 90 minutos ou “muito tempo”), o dobro da noção de tempo que os pais apresentam (45 minutos).

Desta forma a sala de espera infantil transforma a espera num tempo de actividades lúdico-educativas, num tempo inteligente e emocionante, que possibilitará o desenvolvimento da competência da criança e da sua autonomia.

A sala de espera infantil deve juntar crianças com idades compreendidas entre os dois e os doze anos de idade e deve limitar-se a um número reduzido, para não comprometer o risco de contágio de doenças.

O tamanho dos espaços físicos, em função do número de utentes, interfere com a qualidade de uma sala. Nestes espaços interactivos e lúdicos devem apenas circular crianças que não corram risco de transmitir doenças por contacto mediato ou imediato.

A criança passa por vários pontos referenciais no seu desenvolvimento:

- Até aos dois anos de idade os reflexos são básicos, a percepção e a motricidade são inconscientes mas a partir desta idade a criança aprende a manusear os objectos;
- A partir dos dois anos de idade a criança percebe o espaço através dos seus sentidos e dos seus deslocamentos e começa a construir a sua representação espacial. Entra na fase da função simbólica que lhe permite usar os jogos, brincar e partilhar com outras crianças, embora tenha tendência a estabelecer regras em benefício próprio. A criança torna-se capaz de distinguir o tamanho de uma sala de espera, a forma dos objectos e brinquedos nela inseridos, consegue ler, escrever, pintar e desenhar;
- Entre os sete e oito anos de idade, a medida, a coordenação da perspectiva e das proporções pertence ao intelecto da criança, ou seja, a criança pensa de forma lógica e evolui da atitude individualista para um comportamento social. A criança faz interpretações de acordo com a sua experiência.

As salas de espera infantis devem de ser espaços que contrariem os “não-lugares” de Marc Augé, contrariando a individualidade solitária, o passageiro, o provisório e o efémero. Estas salas devem adoptar um significado cada vez mais social facilitando a acção.

Numa sala de espera infantil as formas variadas conseguem a estimulação sensorial, despertando a atenção e criando uma distração positiva no ambiente.

As formas podem ser destacadas pelo uso das cores, podem ser educativas ou recreativas. É preciso estimular os sentidos das crianças, romper com os espaços de espera em saúde rígidos e frios e promover espaços de qualidade e excelência.

A qualidade do ar é uma questão actual relativa ao bem-estar da criança. Considerando a natureza dos edifícios, a ventilação natural é a mais apropriada e benéfica ao conforto e à saúde dos utentes mas a ventilação artificial pode complementar a renovação do ar natural.

O conforto térmico é afectado pela cor. As pessoas sentem mais frio em ambientes com tonalidades frias do que em ambientes com tonalidades quentes, apesar da temperatura ser a mesma. O uso de cores quentes nas salas de espera aquece e alegria o ambiente.

Na maioria dos espaços de saúde verifica-se que a iluminação nao contempla todas as possibilidades de conforto conseguidas através da luz.

Tanto a iluminação natural como artificial são importantes para a qualidade do espaço, pelo que a luz artificial e natural devem ser pensadas de forma a promover a qualidade do espaço. A luz natural influencia positivamente as pessoas, pelo que deve ser uma condição essencial destes espaços.

A cor influencia psicológica e emocionalmente as pessoas. Também afecta a percepção dos objectos e dos ambientes. A escolha das cores precisa de ser muito cuidada e baseada nas percepções das pessoas.

É de salientar que a escolha das cores depende do tipo de edifício, da sua localização, da incidência da luz solar, da cultura, da região, do tamanho do espaço, das actividades realizadas e da idade das pessoas que o frequentam.

De acordo com o estudo efectuado, a sala de espera infantil deverá ter cores coloridas de forma a melhorar o estado de espírito das crianças, no entanto, essas cores não devem ser muito fortes para não as estimular em demasia.

Os materiais destinados às crianças devem ser escolhidos pela sua fiabilidade e durabilidade, devem ser higiénicos, de fácil limpeza e possibilitando o máximo de conforto. Também é conveniente que este material didáctico e pedagógico seja inquebrável e pouco barulhento.

O conforto, a iluminação, a temperatura adequada são condições que permitem uma sensação de segurança na criança. A sensação de segurança e confiança faz com que a criança explore o ambiente sem medo.

A criança deve mover-se livremente, sem perigo, até mesmo sem a ajuda de um adulto mas o espaço infantil deve permitir a vigilância e atenção dos pais ou acompanhantes das crianças. As actividades lúdicas e pedagógicas podem envolver os pais, familiares ou outros acompanhantes das crianças.

Os espaços de espera infantis devem ser adequados às diversas actividades, promovendo a sua multifuncionalidade devendo contemplar as actividades lúdicas e educativas permitindo a interacção entre as crianças e contribuindo para o desenvolvimento e aprendizagem.

O espaço de qualidade para as crianças terá que ser um espaço lúdico “de comunicação e aprendizagem que assuma um papel activo e dinâmico - nas vivências internas e/ou externas das crianças com a comunidade, de forma a enriquecerem o seu vocabulário e expressão. Uma informação e conhecimento que potenciasses também a sua relação com o espaço, suscitando uma atitude crítica e a vontade de o preservar, seria interessante” (Araújo, 2009: 104).

A integração do design nos espaços de saúde permitirá ampliar o conforto e a qualidade dos ambientes físicos promotores de saúde e contribuirá, também, para a criação de salas de espera infantis, objecto de estudo deste trabalho, menos frias e monótonas, mais estimulantes e saudáveis, promovendo o bem-estar das crianças.

Como se demonstrou no desenvolvimento desta dissertação, na requalificação dos espaços de saúde, o design é a disciplina com maior competência para a solução dos problemas detectados, que são como já se referiu ao nível do equipamento e da comunicação.

Na construção de novos espaços de saúde e na requalificação dos espaços de saúde existentes, os designers deverão passar a integrar a já vasta equipa multidisciplinar dos técnicos projectistas, exigida pelo Ministério da Saúde, de forma a possibilitar a coerência global do projecto, necessária à qualidade do espaço.

## **5.1 LIMITAÇÕES ENCONTRADAS**

Este trabalho estuda a qualidade e as condições das salas de espera nos Centros e Unidades de Saúde da região de Braga. A recolha dos dados empíricos foi feita em contexto escolar devido a limitações de ordem formal. A percepção dos pais, das crianças, dos educadores e psicólogos sobre os ambientes de saúde, as suas necessidades e desejos foram recolhidos por meio de inquéritos em várias escolas da cidade de Braga, como a escola EB1 de Nogueiró e a Escola Francisco Sanches, no entanto, teria sido preferível que a recolha tivesse sido realizada em contexto de saúde.

Recomenda-se que em investigações futuras os inquéritos e entrevistas, sejam realizados nas próprias instituições de saúde envolvendo os técnicos de saúde, enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica assim como os utentes das mais diversas instituições de saúde do País, de forma a alargar a visão de um horizonte regional para um nacional, bem como proceder ao seu enquadramento internacional.

## **5.2 TRABALHO FUTURO**

A partir dos resultados deste estudo, sugere-se as seguintes pesquisas futuras:

- O Levantamento empírico, nomeadamente, sobre a representação dos utentes e pessoal dos Centros e Unidades de Saúde sobre as salas de espera de adultos e crianças dos Centros e Unidades de Saúde deve ser realizada em contexto de saúde, ou seja, nas próprias instituições que estão a ser estudadas
- O estudo deve abranger as várias regiões do País;
- Os resultados obtidos devem ser comparados a nível Nacional e Internacional
- A partir da sistematização dos dados recolhidos deve-se realizar uma maquete, que materialize uma proposta de excelência de uma sala de espera infantil em ambiente de Centro ou Unidade de Saúde.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Abrunhosa, Maria Antónia; Leitão, Miguel (2006); *Psicologia B*; Porto: Edições ASA
- Agência USF de Notícias, São Paulo, Brasil. Acedido em 06-11-09: <http://www.usp.br/agen/?p=6254>
- Augé, Marc (2005); *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*; Lisboa: 90 Graus Editora
- Araújo, Maria José (2009); *Crianças Ocupadas, Como algumas opções erradas estão a prejudicar os nossos filhos*; Prime Books
- Bachelard, Gaston (1993); *A Poética do Espaço*; São Paulo: Martins fontes
- Bernardes, Júlio (2007); *Tempo de consulta influencia avaliação do atendimento médico*; Agência USP de Notícias. Acedido em 06-11-09: <http://www.usp.br/agen/?p=6254>
- Carvalho, Maria de Lurdes Dias de (2005); *Efeitos de Estimulação Multi-Sensorial no Desempenho de Crianças de Creche*; Tese de Doutoramento em Estudos da Criança
- Charlotte; Fiell (2005); *Designing the 21st Century*, Taschen
- Charlotte; Fiell (2003); *Design do Século XXI*, Tascehn
- Chauí, Marilena (2000); *Convite à Filosofia*; São Paulo: Ed. Ática
- Costa; Melo (1995); *Dicionário da Língua Portuguesa: 7ª Edição Revista e Ampliada*; Porto: Porto Editora.
- Cunha, Luiz Cláudio Rezende (2004); *A cor no ambiente hospitalar*. Acedido em: 16-09-09: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cor\\_ambiente\\_hospitalar.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cor_ambiente_hospitalar.pdf)
- Czeresnia, Dina (2004); *Interfaces do Corpo: Integração da alteridade no conceito de doença*, Revista Brasileira Epidemiol, 2007; 10 (1): 19.29. Acedido em 11-09-09: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v10n1/02.pdf>
- Daniel Goleman (2006); *Inteligência Emocional*, idea y creación editorial.
- Damásio, António (2000); *O Sentimento de Si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*; Lisboa, Publicações: Europa-América.
- Damásio, António (2005); *O Erro de Descartes, emoção, razão e cérebro humano*; 24ª edição, Forum da Ciência; Lisboa, Publicações: Europa-América.
- Damásio, António (2004); *Ao Encontro de Espinosa - As Emoções Sociais e a Neurobiologia do sentir*; Lisboa: círculo de leitores.
- Debray-Ritzen (1979); *Psicologia Moderna - dicionário de psicologia da criança*; Lisboa: Verbo
- Dicionário Editora da Língua Portuguesa 2010 (2009); Porto Editora.
- Domingues, Ivo (2004); *Qualidade nos serviços públicos - constrangimentos e possibilidades*; Lisboa: Revista Episteme
- ESTEBAN, Maria Teresa (2008); *Silenciar a polissemia e invisibilizar os sujeitos: indagações ao discurso sobre a qualidade da educação*; Rev. Port. de Educação, vol.21, no.1, p.5-31. Acedido em 03-09-09: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0871-](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-)

91872008000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0871-9187.

Farina, Modesto (1990), *Psicodinâmica das cores em comunicação*; Brasil: Editora Edgard Blucher Ltda, 4ª edição.

Fernandes, Natália (2005); *Infância e direitos: participação das crianças nos contextos de vida: representações, práticas e poderes*; tese de doutoramento. Acedido em : 21-04-09: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6978>

Ferreira, Romão Francisco (2008); *A produção de sentidos sobre a imagem do corpo*; Rio de Janeiro.

Ferreira, Pedro Lopes e Antunes, Patrícia; *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF*; sondagem às primeiras 146 USF; Maio 2009. Acedido em 20-09-09: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/satisfacao+usf.htm>; ou: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F2675E9D-8A68-459B-8076-728A4A441F62/0/USFUtilRel.pdf>

Fontes, Rejane de S. (2006); *As possibilidades da actividade pedagógica como tratamento sócio-afectivo da criança hospitalizada*, Revista Portuguesa da educação, 2006, 19(1), pp 95-128. Acedido em 1-09-09 : [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0871-91872006000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0871-91872006000100005&script=sci_arttext)

Fontoura, António M. e Pereira, Alice T.C.; *A criança e o design - aprender brincando*; Acedido em 30-09-09: <http://www.avaad.ufsc.br/hiperlab/avaad/moodle/prelogin/publicarartigos/323.pdf>

Hall, Edward T. (1986); *A dimensão oculta*; Relógio D'Água Editores.

Hunsinger, Marie-Madeleine Béziers Yva (1992); *O bebé e a coordenação motora, os gestos apropriados para lidar com a criança*, 3ª edição, Summus editorial

IAB - RS - Instituto de Architectos do Brasil - Departamento do Rio Grande do Sul (2002/2009), Centro Cultural IAB\_RS, Solar Conde de Porto Alegre. Acedido em 08-11-09: [http://www.iab-rs.org.br/espaco\\_arquitetura.php?PHPSESSID=2a47621fed81aea8d04284762786fd4c](http://www.iab-rs.org.br/espaco_arquitetura.php?PHPSESSID=2a47621fed81aea8d04284762786fd4c)

Isayama, Hélder Ferreira; Campos, Túlio; Simão, Claudia Meira Alves; Garcias, Livia Maria Guimarães; Moreira, Marilene (2005); *Vivências Lúdicas no Hospital: Intervenção Soció-educativas na Educação Física com Crianças da Clínica de Hematologia*.

Acedido em 17-09-09: [http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude\\_60.pdf](http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_60.pdf)

Junior, Áderson Luiz Costa; Coutinho, Sílvia Maria Gonçalves; Ferreira, Rejane Soares (2006); *Recreação Planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais*; Paidéia, 16 (33), 111-118. Acedido em 17-09-09: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000100014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000100014&script=sci_abstract&tlng=pt)



Kozel, Salete Kozel; *Geografia, representações e ensino: um olhar sobre a dimensão oculta*. Acedido em 13-08-09:

<http://www.geografia.ufpr.br/neer/NEER-1/mesas/salete-kozel.pdf>

Kloetzel, Kurt; Bertoni, Anete Machado; Irazoqui, Maristela Costa; Campos, Valdaci Padão Garcia; Santos, Rosane Nunes dos (1998); *Controle de qualidade em atenção primária à saúde*. I - A satisfação do usuário, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(3):623-628, jul-set

Lopes, Jader Janer Moreira (2007); *Crianças na paisagem: estratégias de apropriação, produção e re-configuração do espaço*; projecto de pesquisa, Niterói. Acedido em 25-09-09:

[http://www.uff.br/pos\\_educacao/joomla/images/stories/Projetos/ls/proj%20jader%20janer.pdf](http://www.uff.br/pos_educacao/joomla/images/stories/Projetos/ls/proj%20jader%20janer.pdf)

Lopes, Conceição (2004); *Comunicação humana, contributos para a busca dos sentidos do Humano - projecto direitos humanos em acção*; Universidade de Aveiro

Martins, Daniel Raposo (2006); *Design para todos - o design como interface cultural, social e económica*.

Maturana R., Humberto (2002); *Emoções e Linguagem na educação e na política*; Belo Horizonte: Editora UFMG. Acedido em 21-09-09: [http://www.curriculospraticados.com.br/imagens/04leitura/Maturana\\_Emocoes\\_e\\_linguagem](http://www.curriculospraticados.com.br/imagens/04leitura/Maturana_Emocoes_e_linguagem)

Mearleau-Ponty, Maurice (2006); *Fenomenologia da percepção*; Martins Fontes.

Melo, Ana Isabe M. T. de (2005); *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança*, tese de mestrado. Acedido em 16-09-09: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4926/1/TESE%20MESTRADO%20ANA%20MELO.pdf>

Miguel, António Miguel; Zamboni, Ernesta (1996); *Representações do espaço: multidisciplinariadade na educação*, departamento de Metodologia do Ensino, Universidade Estadual de Campinas, Autores Associado.

Ministério da Saúde (2006); *Orientações para instalações e equipamentos para Unidades de Saúde Familiar* - direcção geral das instalações e equipamentos de saúde, Lisboa: Novembro de 2006/Rev. 3. Acedido em 19-10-09: [http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page\\_46/instalacoes\\_equipamentos\\_usf.pdf](http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page_46/instalacoes_equipamentos_usf.pdf)

Ministério da Saúde (2007); *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência* - direcção geral das instalações e equipamentos de saúde, Lisboa: Janeiro de 2007/Rev. 3. Acedido a 19-10-09: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9EE5ADDF-4CC1-41B9-BC00-D368FA074329/0/RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf>

Ministério da Saúde, Título: Portaria nº 400, de 06 de Dezembro de 1977. Acedido em 19-10-09 em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1121>



Ministério da Saúde; ACSS -Recomendações e Especificações Técnicas do Edifício Hospitalar; Administração Central do Sistemas de Saúde, IP; V.2008. Acedido em 19-10-09: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direccoes\\_e\\_Unidades/Normaliz\\_Instal\\_Equipamentos/Publicacoes/RETEH\\_2008.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direccoes_e_Unidades/Normaliz_Instal_Equipamentos/Publicacoes/RETEH_2008.pdf)

Montagu, Ashley (1899); *Tocar: o significado humano da pele*, Grupo Editorial Summus, edição 8. Acedido em 14-09-09:

[http://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=UsJKWT\\_n--0C&oi=fnd&pg=PA13&dq=Tocar:+o+significado+humano+da+pele,+&ots=OKRWQ3C2bP&sig=4PFbEVAc8FniVsgmuZpSxJiWI7s#v=onepage&q=&f=false](http://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=UsJKWT_n--0C&oi=fnd&pg=PA13&dq=Tocar:+o+significado+humano+da+pele,+&ots=OKRWQ3C2bP&sig=4PFbEVAc8FniVsgmuZpSxJiWI7s#v=onepage&q=&f=false)

Murray, Edward J. (1986); *Motivação e Emoção*, 5ª edição, São Paulo: Editora Guanabara.

Nóbrega, Terezinha Petrucia (2008); *Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty*, estudos de psicologia 2008, 13(2), 141-148. Acedido em 15-09-09: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/06.pdf>

Oliveira, Livia de (2005); *A construção do espaço, segundo Jean Piaget*; Sociedade & Natureza, Uberlândia, 17 (33): 105-117. Acedido em 12-04-09: <http://www.sociedadedenatureza.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=54&locale=>

Oliveira, Márcia; Mattioli, Olga (2006); *Hospitalização infantil: o brincar como espaço de ser e fazer*, Campus da UNESP de ASSIS, XIX Encontro de Psicologia de ASSIS. Acedido em 25-09-09:

[http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS\\_DO\\_XIX\\_ENCONTRO/96\\_MARCIA\\_CAMPOS\\_DE\\_OLIVEIRA.pdf](http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/96_MARCIA_CAMPOS_DE_OLIVEIRA.pdf)

Paim, Isis; Nehmy, Rosa Maria Quadros; Guimarães, César Geraldo (1996); *Problematização do conceito "Qualidade" da Informação*; Belo Horizonte: Perspec. Ci. Inf., v. 1, n. 1, p. 111-119, jan./jun. Acedido em 03-09-09: <http://www.eci.ufmg.br/pcionline/index.php/pci/article/viewFile/8/27>

Palangana, Isilda Campaner (2001); *desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vygotsky, a relevância do social*; São Paulo: summus editorial.

Paula, Kátia Cristina Lopes de (2003); *A arquitetura além da visão: uma reflexão sobre a experiência no ambiente construído a partir da percepção das pessoas cegas congénitas*; PROARQ/UFRJ, dissertação de mestrado, Rio de Janeiro.

Pedro, Carla Sofia Faria (2005); *Identificação das Práticas de Lazer: Estudo com crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico de Valpaços*; Mestrado em Estudos da Criança - Educação Física e Lazer.

Penna, António Gomes (1993); *Percepção e realidade, introdução ao estudo da actividade perceptiva*, Rio de Janeiro: Imago Editora

Pereira, Paula Alexandra B. de Azevedo Pereira (2006); *Influência de estereótipos culturais nas opções cromáticas de crianças ao nível do 1º ciclo do ensino básico*; Tese de mestrado em estudos da criança, área de especialização em comunicação visual e expressão plástica. Acedido em 02-08-09: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6256/3/Dissertação.pdf>

Pereira, Michele Batista (2008); *Do próximo ao distante: a construção do conceito de espaço geográfico em crianças do ensino fundamental*; Curitiba. Acedido em 18-09-09:

<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/15659/1/Dissertação%20Michele%20Batista%20Pereira.pdf>

Piaget, Jean & Inhelder, B (1993); *A representação do espaço para a criança*; Porto Alegre: artes médicas.

Piaget, Jean (1973); *Seis estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Pisco, Luís (2007); *Sistema Nacional de Saúde de Portugal e a integração com APS - Missão para os cuidados de saúde primários*; Recife.

Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc Van (1995); *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Dunond, Paris: Gradiva.

Rappaport, Clara Regina (1985); *Temas básicos de psicologia*, Psicologia da percepção; São Paulo: Edda A. Quirino Simões e Klaus B. Tiedemann.

Redondeiro, Maria Emília (2003); *O Quotidiano Hospitalar da Criança, Constrangimentos e Possibilidades de Desenvolvimento*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Infância, Braga. Acedido em 21-04-09: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7992/1/Dissertação\\_EmíliaRedondeiro.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7992/1/Dissertação_EmíliaRedondeiro.pdf)

Ribeiro, Alexandrino Manuel (2007); *Certificação da qualidade e desempenho empresarial: uma análise por quantis*; Tékhne, no.8, p. 201-214. Acedido em 02-09-09:

<[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1654-99112007000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1654-99112007000200010&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1654-9911.

Rio, Vicente del; Duarte, Cristiane Rose; Rheingantl, Afonso (2002); *Projecto do lugar: colaboração entre psicologia, arquitectura e urbanismo*; Rio de Janeiro: contra capa livraria, PROARQ.

Risco - Projectistas e consultores de Design, S.A (2004); *Relatório Global, Programa Conforto*; Maio 2004; Lisboa.

Acedido em 19-10-09: [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads\\_HEPE/com\\_servico\\_utente/Relatório%20Conforto%20GLOBAL.pdf](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/com_servico_utente/Relatório%20Conforto%20GLOBAL.pdf)

Santaella, Lucia; *A estética política das mídias locativas*, Abril 2008, Universidade Central - Colombia. Acedido em 17-08-09: <http://www.ucentral.edu.co/NOMADAS/nunme-ante/26-30/28/12-A%20ESTETICA%20LUCIA.pdf>

Santos, Admilson (1998); *O cego, o espaço, o corpo e o movimento*; Revista FACED. Acedido em 12-03-09: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/rfaced/article/viewFile/2904/2071>

Santos, Maria João Sousa Pinto dos (2006); *Sentir e Significar. Para uma leitura do papel das narrativas no desenvolvimento emocional da criança*; Tese de Doutoramento, Doutoramento em Psicopatologia da Criança.

Santos, Milton Santos; Marques, Maria Cristina (2002); *A Natureza do espaço*, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. Acedido em 21-08-09: [http://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=JRvh0eBaIXoC&oi=fnd&pg=PT14&dq=espaço&ots=WN6n2MpO1k&sig=iHDbt5xqJ2jcZhs6KyPb\\_M8VzWg#PPT11,M1](http://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=JRvh0eBaIXoC&oi=fnd&pg=PT14&dq=espaço&ots=WN6n2MpO1k&sig=iHDbt5xqJ2jcZhs6KyPb_M8VzWg#PPT11,M1)

Saramago, Sílvia Sara Sousa (1994); *As identidades da infância: núcleos e processos de construção das identidades infantis*; Sociologia - Problemas e Práticas nº 16, p. 151-171. Acedido em 25-05-09: <https://repositorio.iscte.pt/handle/10071/928>

Slater, Alan; Bremner, Gavin (2003); *Uma introdução à psicologia desenvolvimental, desenvolvimento e psicologia*, Instituto Piaget - epigénese

Serpa, Angelo (2007); *O espaço público na cidade contemporânea*, editora contexto, Acedido em 15-03-09: [http://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=lang\\_pt&id=zraYAEw8Un0C&oi=fnd&pg=PA9&dq=espaço+público+e+social&ots=vcMse-Q-g6&sig=mTtSNWJ5j6AVihVLoYpwcRylwao](http://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=lang_pt&id=zraYAEw8Un0C&oi=fnd&pg=PA9&dq=espaço+público+e+social&ots=vcMse-Q-g6&sig=mTtSNWJ5j6AVihVLoYpwcRylwao)

Sommer, R. (1973); *Espaço pessoal*; São Paulo: EPU.

Tuan, Yi-Fu (1983); *Espaço e Lugar: A perspectiva da Experiência*; tradução de Livia de Oliveira, São Paulo: Difel.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães (2002); *Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde*; Cad. Saúde Pública, vol.18, n.6, pp. 1561-1569. Acedido em 02-09-09:

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0102-311X2002000600009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2002000600009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Unidade de Saúde Familiar RRE, 2005. Acedido em 3-09-09: [http://rrexperimental.no.sapo.pt/proposta\\_IC.htm](http://rrexperimental.no.sapo.pt/proposta_IC.htm)

Vernon, M.D. (1974); *Psicologia - Percepção e Experiência*, São Paulo: Perspectiva

Viana, Odaléa Aperecida (2000); *O conhecimento geométrico de alunos do CEFAM sobre figuras espaciais: um estudo das habilidades e dos níveis de contacto*. Acedido em 30-04-2009:

<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000214830>

Vieira, M. M. Falcão (1997); *Poder, objetivos e instituições como determinantes da definição de qualidade em organizações brasileiras e escocesas* Revista de Administração Contemporânea; vol.1 no.1 Curitiba Jan./Apr.

Vinagre, Maria João; *Design/Espaço Público* (última edição 2008-06-21 19:03:48): [http://users.fba.up.pt/sebenta\\_wiki/Design/Espaço\\_Público](http://users.fba.up.pt/sebenta_wiki/Design/Espaço_Público)

Vygotsky, Leontiev, Luria (1977); *Psicologia e Pedagogia*; Lisboa: Estampa.

Vygotsky, Leontiev, Luria (1988); *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*; São Paulo: Icone.

Vygotsky, L. (1988); *Pensamento e linguagem*; São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L. (1989); *A formação social da mente*; São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, Lev Semenovitch (1994); *Formação Social da Mente*; São Paulo: Martins Fontes.

WALSCH, Neale Donald (2003); *Conselhos de vida sobre as relações pessoais*; Portugal: Editora Pregaminho

## ANEXO 1

### QUESTIONÁRIO

### AOS PAIS

Eu, Marta Sofia Batista Cardoso sou aluna do Mestrado em Design na Universidade de Aveiro e estou a desenvolver uma dissertação cujo tema é “PROJECTO INTEGRADO DE COMUNICAÇÃO EM ESPAÇOS DE SAÚDE - contributos do design para melhorar o espaço de saúde infantil”. Venho por este meio pedir a opinião dos pais, enquanto acompanhantes das crianças em ambiente de Centro e/ou Unidade de Saúde Familiar. Agradeço a vossa atenção e disponibilidade.

Escolaridade da criança:

Sexo da criança:    F                      M                      Idade

1 - Qual o impacto que tem quando entra numa sala de espera de um Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar (USF)?

Simpatía/Agrado      Antipatía/Desagrado      Nada de especial

2 - O que acha que uma sala de espera em ambiente de Centro e Unidade de Saúde deve ter?

3 - Como é o tamanho, o conforto, a temperatura e a iluminação das salas de espera em Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar, normalmente?

**Tamanho:**      Insuficiente      Suficiente      Boa      Muito Boa

**Conforto:**      Insuficiente      Suficiente      Boa      Muito Boa

**Temperatura:**    Insuficiente                      Suficiente                      Boa                      Muito Boa

**Iluminação:**    Insuficiente            Suficiente            Boa            Muito Boa

4 - O que pensa da existência de uma sala de espera dedicada às crianças - sala de espera infantil?

5 - A sala de espera infantil deverá ser um espaço lúdico e educativo, para as crianças aproveitarem o tempo de espera a brincar, jogar, aprender? Comente:

6 - Que tipo de equipamento/materiais/objectos devem ter as salas de espera infantil?

7 - Que tipo de cores devem ter as salas de espera infantil?

8 - Quanto tempo a criança costuma esperar pela consulta, aproximadamente (em minutos)?

10m                      20m                      30m                      45m

Obrigada, Marta Cardoso

**ANEXO 2**  
**QUESTIONÁRIO**  
**AOS PROFESSORES**

Eu, Marta Sofia Batista Cardoso sou aluna do Mestrado em Design na Universidade de Aveiro e estou a desenvolver uma dissertação cujo tema é “PROJECTO INTEGRADO DE COMUNICAÇÃO EM ESPAÇOS DE SAÚDE - contributos do design para melhorar o espaço de saúde infantil”. Venho por este meio pedir a opinião dos educadores e professores enquanto pessoas que frequentam os Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar (USF). Agradeço a vossa atenção e disponibilidade.

Sexo: F M

Centro ou Unidade de Saúde da Residência:

1 - Qual o impacto que tem quando entra numa sala de espera do seu Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar?

Simpatia/Agrado Antipatia/Desagrado Nada de especial

2 - O que acha que uma sala de espera em ambiente de Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar (USF) deve ter?

3 - Por norma, o que acha do tamanho, da temperatura e da iluminação das sala de espera em ambiente de Centro ou Unidade de Saúde?

<b>Tamanho:</b>	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa
<b>Conforto:</b>	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa
<b>Temperatura:</b>	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa
<b>Iluminação:</b>	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa

4 - Que importância dá ao conforto numa sala de espera de um Centro de Saúde ou de uma Unidade de Saúde Familiar?

Nenhuma Pouca Alguma Muito Bastante

5- O que acha das cores das sala de espera dos Centros e Unidades de Saúde Familiar?

Gosto Não Gosto Que cores preferia?

6 - O que pensa da existência de uma sala de espera dedicada às crianças?

7 - Como acha que deveria ser essa sala de espera infantil?

8 - A sala de espera infantil deverá ser um espaço lúdico e educativo, para as crianças aproveitarem o tempo de espera a brincar, jogar, aprender? Comente:

9 - Que tipo de equipamento/decoração devem ter as salas de espera infantil?

10 - Que tipo de cores devem ter as salas de espera infantil?

8 - Quanto tempo a criança costuma esperar pela consulta, aproximadamente?

10m 20m 30m 45m

Obrigada, Marta Cardoso

**ANEXO 3**  
**QUESTIONÁRIO**  
**ÀS CRIANÇAS**

Ano de Escolaridade:

Escola:

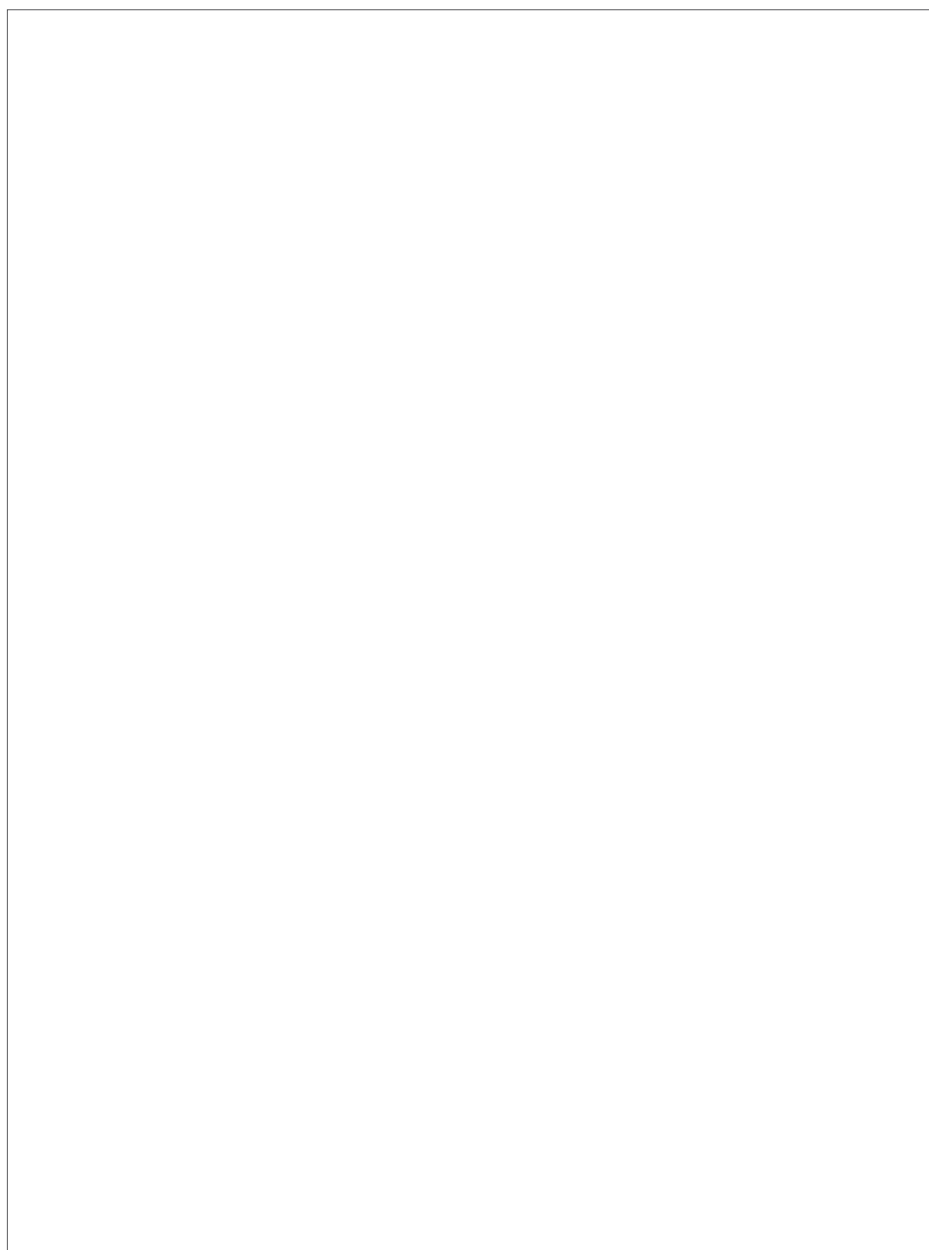
Nome:

Idade:

**Imagina-te numa sala de espera do Centro de Saúde a aguardar a consulta do teu médico de família. Desenha-te na sala de espera.**

Quanto tempo costumavas esperar, aproximadamente, por uma consulta?  
O que costumavas fazer enquanto esperas?

Gostavas de ter uma sala de espera só para ti e as outras crianças?  
Gostavas de ter brinquedos, jogos, livros para passar o tempo?

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for a child to draw themselves in a waiting room.

**ANEXO 4**  
**ENTREVISTA**  
**- À EDUCADORA**  
**- À PSICÓLOGA**

Eu, Marta Sofia Batista Cardoso sou aluna do Mestrado em Design na Universidade de Aveiro e estou a desenvolver uma dissertação cujo tema é “CONTRIBUTOS DO DESIGN PARA ESPAÇOS DE ESPERA INFANTIL EM AMBIENTE DE SAÚDE”. Venho por este meio pedir a autorização para realizar a entrevista sobre as Unidades de Saúde Familiar, sobre as crianças e os seus comportamentos. Agradeço a vossa atenção e disponibilidade.

Profissão: \_\_\_\_\_ Sexo: F                      M  
Centro ou Unidade de Saúde da Residência: \_\_\_\_\_

1 - Qual o impacto que tem quando entra numa sala de espera do seu Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar?

Simpatia/Agrado                      Antipatia/Desagrado                      Nada de especial

2 - Por norma, o que acha do tamanho, da temperatura e da iluminação das sala de espera em ambiente de Centro ou Unidade de Saúde?

<b>Tamanho:</b>	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa
<b>Conforto:</b>	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa
<b>Temperatura:</b>	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa
<b>Iluminação:</b>	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito Boa

3 - Que importância dá ao conforto numa sala de espera de um Centro de Saúde ou de uma Unidade de Saúde Familiar?

Nenhuma                      Pouca                      Alguma                      Muito                      Bastante

4- O que acha das cores das sala de espera dos Centros e Unidades de Saúde Familiar?

Gosto                      Não Gosto                      Que cores preferia?

**CRIANÇAS**

1 - A partir de que idade a criança começa a brincar, aproximadamente?

- sozinha                      -acompanhada (com outras crianças)

2 - Corresponde a que período do desenvolvimento, Segundo Piaget?

- Período sensório-motor? (até 2 anos)

*percepção e motricidade inconsciente, reflexos básicos*

- Período pré-operatório? (2-7 anos)

*- aparece a função simbólica, período egocêntrico e autocentrado*

- Período das operações concretas? (7-12 anos)

3 - A partir de que idade a criança começa a ter percepção do espaço? (neste caso - de uma sala de espera em ambientes de saúde)

- Da sua localização                      -Das suas dimensões



4 - As sala de espera em ambiente de saúde influenciam o estado de espírito das crianças? E o seu comportamento?

Sim                      não

5 - A imagem que as crianças têm destes espaços é negativa?

Sim                      não

6 - Quais os sentimentos que elas carregam consigo?

Insegurança                      Medo                      Ansiedade                      Revolta

Outros:

7 - O que pensa da existência de uma sala de espera nos ambientes de saúde dedicada às crianças?

Bom                      Mau                      Comente:

8 - Sabe quanto tempo uma criança costuma esperar pela consulta médica, aproximadamente?

10m                      20m                      30m                      45m

9 - Como acha que deveria ser essa sala de espera infantil, para um tempo de espera de 30m +/-?

10 - A sala de espera infantil deverá ser um espaço lúdico e educativo, para as crianças aproveitarem o tempo de espera a brincar, jogar, aprender?

Sim                      Não                      Comente:

11 - Que tipo de brinquedos/jogos devem ter as salas de espera infantil para crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 8 anos?

12 - É igual para os rapazes e para as raparigas?

13- Que tipo de materiais mais indicados para as crianças pequenas brincarem?

limpos                      moles                      duradouros                      outros:

14 - Que tipo de cores devem ter as salas de espera infantil?

vivas/coloridas                      claras/limpas                      outras:

15 - O que é que as crianças mais necessitam de ter por perto, nestas salas de espera infantil?

Água                      Alimentos                      WC

Obrigada, Marta Cardoso